

الكتاب الجامعي 10

دكتور محمد جميل محمد يوسف منصور

قراءات في مشكلات الطفولة

الطبعة الأولى
١٤٠١هـ - ١٩٨١م



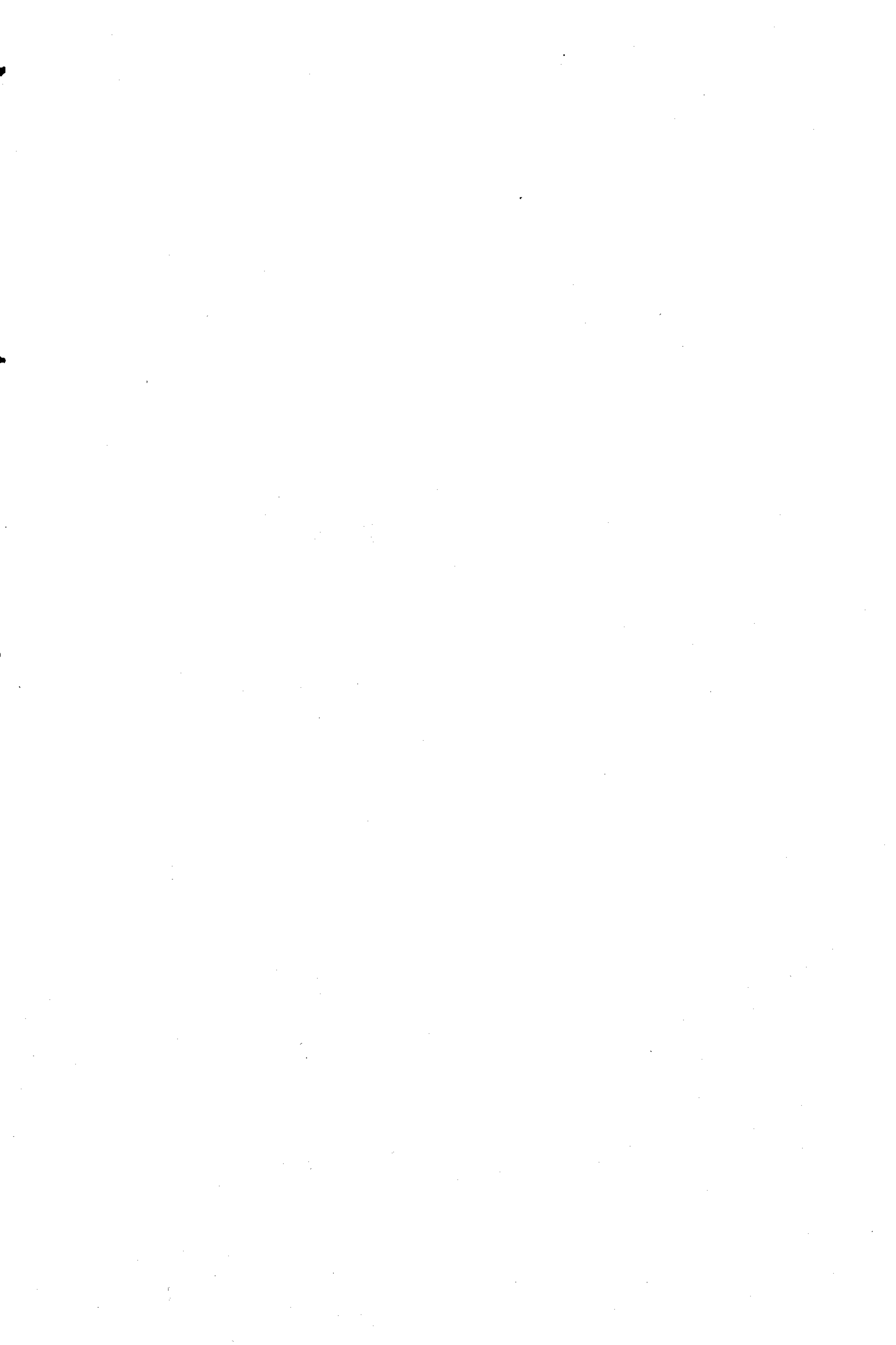
بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

أَفَمَن يَمْشِي مُكِبًّا عَلَىٰ وَجْهِهِۦٓ أَهْدَىٰٓ أَمَّن يَمْشِي سَوِيًّا عَلَىٰ صِرَٰطٍ مُّسْتَقِيمٍ

سورة الملك ـ آية ٢٢ .

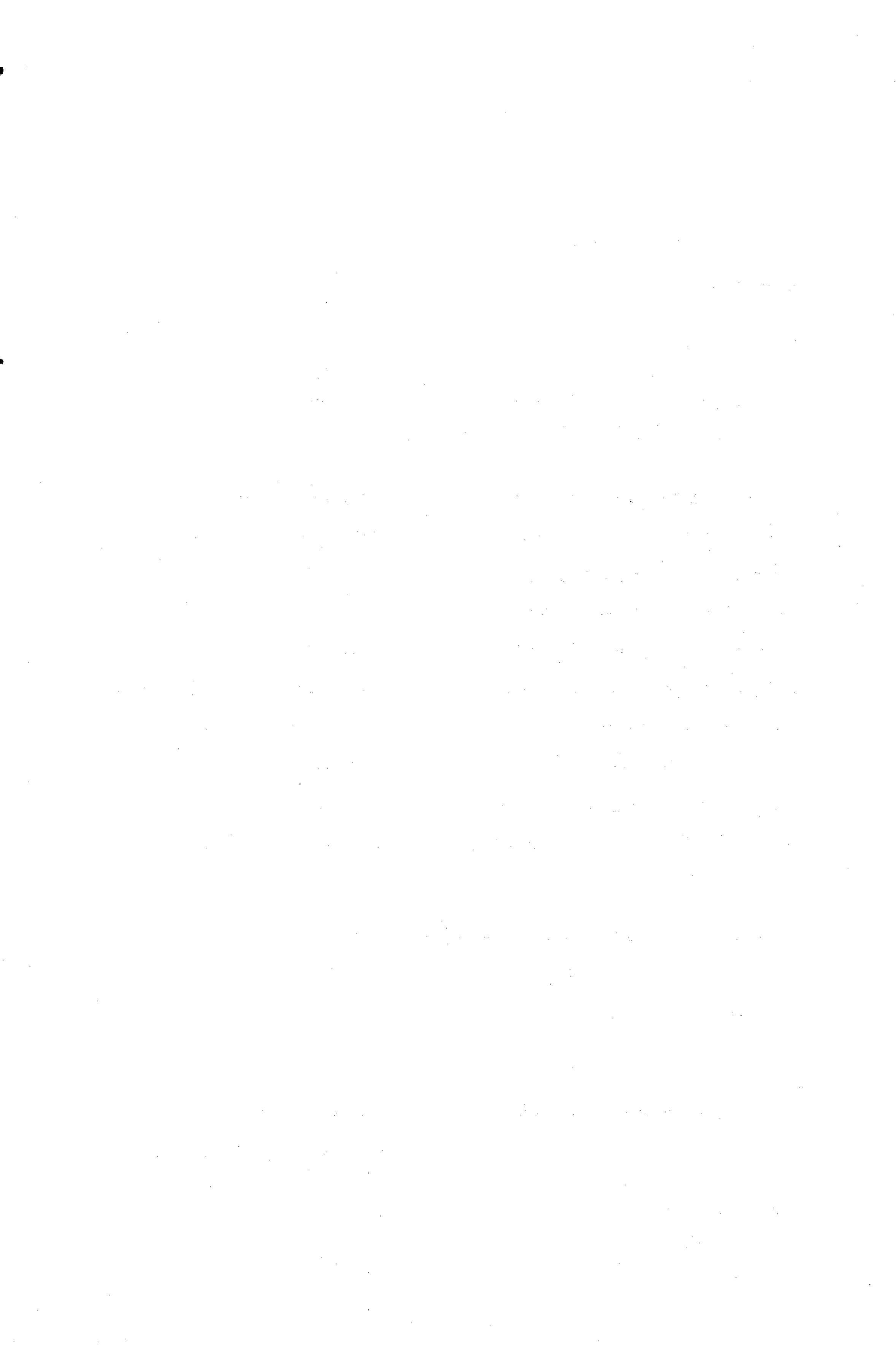
الناشر
تهامة
جدة - المملكة العربية السعودية
ص.ب ٥٤٥٥ - هاتف ٦٤٤٤٤٤٤

قراءات
في
مشكلات الطفولة



إلى أبي وأمي عرفاناً بفضلهما...
إلى زوجتي وأولادي الأعزاء...
أهدي هذا الكتاب

د. محمد جميل يوسف



مقدمة

يتعرض هذا الكتاب لأهم العمليات التي يقوم بها الطفل في حياته اليومية في هذه المرحلة وهي العمليات المتعلقة بتناول الطعام والإخراج والنوم والمص وقضم الأظافر والخوف والجناح والعدوان والسرقة والكذب وغير ذلك من حيث أن أسلوب معاملة الآخرين للطفل فيها يعتبر ذا أثر كبير في تشكيل سلوكه وشخصيته فيما بعد . فقد يؤدي أسلوب من أساليب المعاملة الوالدية أثناء إشباع حاجات الطفل المختلفة إلى الصحة النفسية والسواء — وقد يؤدي في أحيان أخرى إلى المرض النفسي إذا ما اختل أسلوب الإشباع فتنشأ المشكلات السلوكية بأنواعها .

فالعملية التي يقوم بها الآباء لتعديل وتوجيه سلوك الأطفال توجيهاً يتفق مع المعايير والأوضاع الاجتماعية تسمى عملية التطبيع الاجتماعي . هذا التعديل وهذا التوجيه يحدد نوع التفاعل الذي له اكبر الأثر في تشكيل سلوكه ، كما أن هذا التفاعل ليس مؤثراً على سلوك الطفل في فترات حياته المبكرة فقط — بل إنه يعتبر بعيد الأثر في حياة الطفل النفسية فيما بعد ، فهو لا يتعلق بحياة الطفل البيولوجية بل يتعلق بحياته النفسية أيضاً . ولنضرب مثالاً بالأم المتحضرة ، فمثل هذه الأم لايهمها أن يأكل إبنها لكي يحافظ على صحته فقط ، بل يهمها بجانب ذلك أن يتعود على أن يتناول طعامه في وقت معين وبطريقة معينة . وذلك لأن مقتضيات الحياة الاجتماعية تستلزم منها العمل على تحقيق مستويات خاصة في هذه الناحية . وبمعنى آخر فإننا بصدد معايير اجتماعية تتطلب من الأم أن يكون أبناؤها على مستوى عال من الخبرة والنضج . وما يقال في تناول الطعام يقال أيضاً في الإخراج وللنوم والعدوان وغير ذلك من مواقف للتفاعل التي تنشأ عنها المشكلات النفسية المختلفة .

وينتهي الكتاب بعرض لبعض أنواع السلوك اللاتوافقي في الطفولة وبعض الأساليب المستخدمة في علاجها آملاً أن يكون في ذلك الكتاب الفائدة المرجوة والإرشاد الكافي الذي يمكن أن يفيد الآباء في مواجهة المشكلات اليومية للأطفال ، كما يزود طالب التربية بمعرفة وفهم أعمق لمشكلات للطفولة وعوامل سوء التوافق .

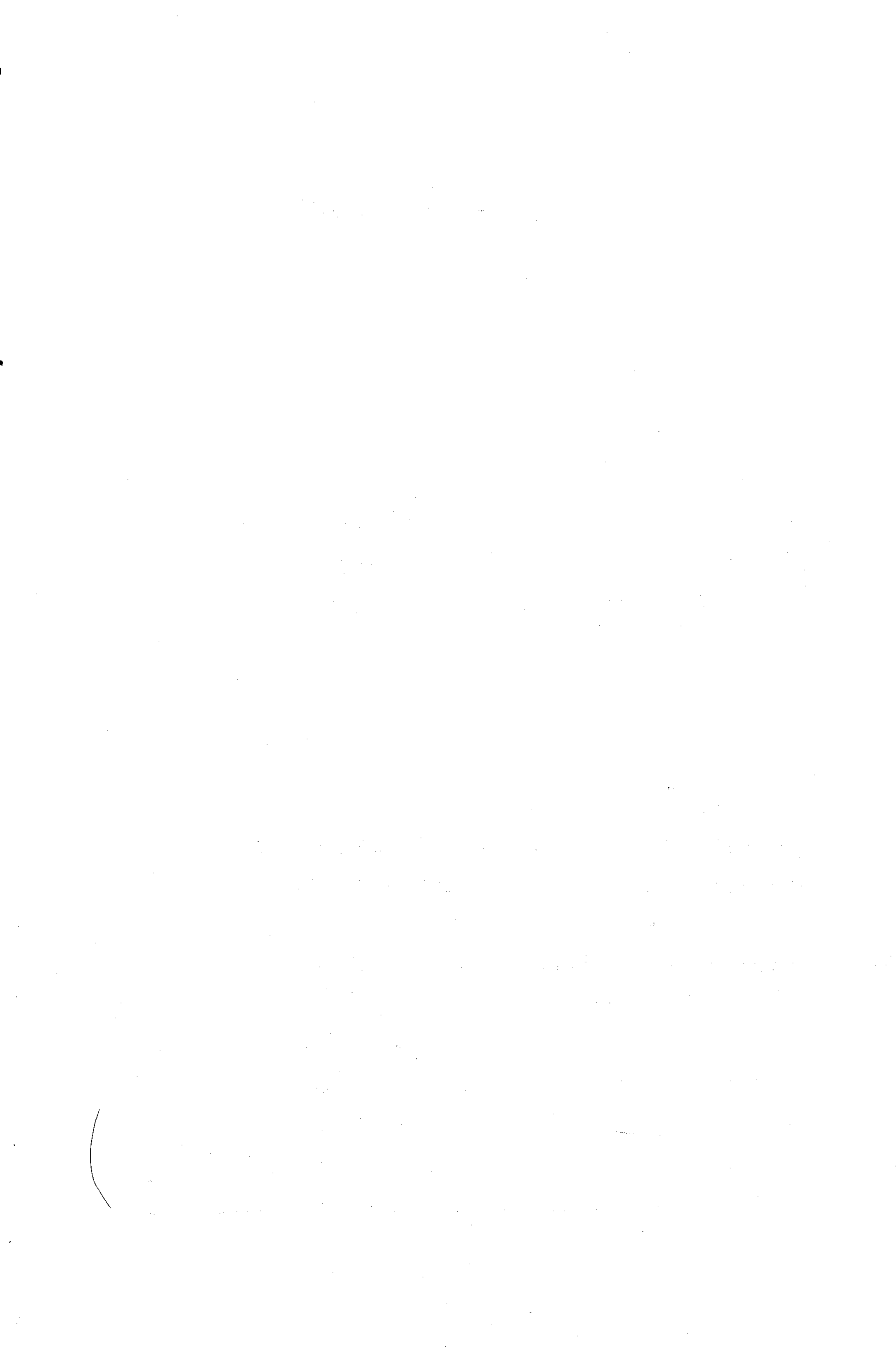
وأرجو من الله أن أكون قد وفقت في تقديم ما يريده للقارىء وما يشبع حاجته إلى المعرفة في هذا المجال الحيوي وفي هذه المرحلة الهامة من مراحل للنمو والله ولي التوفيق .

دكتور محمد جميل منصور

١٩٨١م

الفصل الأول

التغذية والفطام



التغذية والفطام

مقدمـــــة :

لا شك أن الحاجة للحصول على الطعام أشد وأقوى الحاجات جميعها عند الكائنات الحية ، إذ تتعلق حياتها ووجودها البيولوجي تعلقاً تاماً بإشباع الحاجة للطعام . إلا أن التدريب والخبرة اللذين اكتسبهما الطفل أو يتعرض لهما في طريق إشباع هذه الحاجة يجعلان أهمية الحصول على الطعام ليست قاصرة على الناحية البيولوجية بل يتعداها فيصبح ذا أثر كبير في تشكيل سلوك الفرد وبناء شخصيته .

الغذاء والنواحي البيولوجية :

لا تتحقق إمكانيات نمو الكائن الحي إذا كان غذاؤه غير كاف سواء من حيث كميته أو نوعيته أي عندما تنقصه العناصر الغذائية الضرورية أو بعضها ، أو إذا اضطربت شهيته للطعام. فالمجاعات والحرمان في فترات الأزمات الاقتصادية أو الحروب من معوقات النمو واضعاف مقاومة الجسم للأمراض .

ويؤدي سوء التغذية إلى تأخير النمو ، بينما يؤدي الحرمان إلى نقص في كمية الجهد الذي يمكن للطفل أن يبذله في أي نشاط ونقص في وزن الجسم . وقد يؤدي سوء التغذية الناجم عن نقص فيتامينات معينة مثل أ ، د إلى آثار قد تظل دائمة مع الفرد

كما يؤدي سوء التغذية إلى أمراض مثل : الاسقربوط ولين العظام اللذين يرجعان في كثير من الأحيان إلى عدم التنويع في غذاء الطفل .

ومن أهم العناصر الغذائية التي يحتاجها الجسم لينمو نمواً سليماً : البروتينات والكربوهيدرات والدهنيات والفيتامينات والأملاح المعدنية . وهضم الطعام وتمثيله عملية معقدة وتخضع لكثير من

العوامل اللاإرادية ، ولكن هناك الكثير من الحالات الوجدانية أو الانفعالية الحادة من نوع القلق والغضب والخوف التي تعطل هذه العملية . فالإثارة الزائدة تعطل افراز للعصارات الهاضمة كما تزداد أو تضعف الحركة الطبيعية المعدية والمعوية ، ويتعطل معدل انتقال الغذاء في الجسم ومدى الاستفادة منه .

ومتوسط ما يحتاجه الفرد من السعرات الحرارية في اليوم يتراوح بين ٥٠٠ في الطفولة إلى ٣٥٠٠ لدى البالغين . وإذا قدرنا هذه السعرات على أساس الحاجة الفعلية لكل كيلوجرام نجد أن هناك انخفاضاً تدريجياً من ١٢٠ سعراً لكل / ك جم من الوزن في الطفولة المبكرة إلى ٨٠ سعراً لكل / ك جم في سن السادسة حتى تصل إلى ٤٠ سعراً / ك جم في سن الرشد .

وتختلف هذه الاحتياجات باختلاف الأفراد من حيث :

الحجم – مقدار النشاط – معدل النمو – كفاية استخدام الطاقة . فالطاقة تستخدم في حفظ الأنسجة وإصلاح التالف منها وفي زيادة الحجم واستمرار النشاط . ونقص الغذاء يؤدي في بادىء الأمر إلى تضاؤل النشاط العام ثم إلى ضعف النمو ويعقب ذلك وهن وهزال .

التغذية والنمو والتعلم :

يلاحظ في كثير من الدراسات أن عجز الطفل عن الحصول على ما يكفيه من السعرات الحرارية يؤدي إلى تناقص في نشاطه . وفي حالات الحرمان الشديد أو المجاعات يصاب الأطفال بالتبلد ، وانخفاض النشاط إنما هو أسلوب من أساليب الطبيعة في تعويض الفرد عن النقص في الغذاء إذ يستخدم الغذاء المتاح في النمو وتتوفر الطاقة اللازمة لهذا النمو عن طريق النوم والإقلال من النشاط .

ولا يقتصر الأمر على كمية الطعام التي يتناولها الفرد ، فقد لوحظ أن الحرمان من كمية الغذاء المناسبة ومن نوع الغذاء الملائم يجعل التعلم غير مثمر . كما لوحظ أن منح التلاميذ وجبات غذائية تحتوي على العناصر الغذائية إلى جانب الفيتامينات الهامة يؤدي إلى تحسن واضح في الصحة العامة وزيادة النشاط والقدرة على التركيز . وبمعنى آخر فإن التغذية السليمة تؤدي إلى زيادة القدرة على تعلم أعمال بدنية وعقلية .

المشكلات المرتبطة بالتغذية :

هناك كثير من المشكلات السلوكية التي تنشأ في مواقف تناول الطعام . فمن ملاحظتنا للسلوك الظاهري للطفل الجائع نجد أنه كثير الحركة ، وتزداد حركته وعدم استقراره وبكاؤه كلما زادت فترة الحرمان من الطعام . وإذا كانت هذه الملاحظات تدل على شعور أو انفعال فإننا نستنتج أن

هذه الحالة من الإضطراب مضايقة ومؤلمة للطفل بل قد تكون مؤلمة ومهددة لكيانه . فالحصول على الطعام ليس فقط مشبعاً للجوع - أي أنه ليس ذا وظيفة بيولوجية فقط بل إنه يشبعْ أيضاً حاجات الطفل النفسية للارتياح والأمن والهدوء . ونستنتج أيضاً أن معاملة الطفل أثناء إشباع حاجاته الأولية للطعام يتوقف عليها شعوره بالأمن والحب والاطمئنان وما يترتب على ذلك من آثار نفسية . فإذا تركنا الطفل مدة طويلة دون تغذية أو كان تناوله للطعام بشكل غير منتظم وغير كاف فقد يؤثر ذلك على نموه النفسي بحيث يترتب عليه انحرافات معينة في المستقبل .

إن جذور العاطفة الوجدانية التي يكونها الطفل نحو أمه تبدأ عن طريق الثدي . إذ يرتبط وجود الأم بالحصول على الأمن والإطمئنان اللذين يحصل عليهما من موقف الرضاعة فتصبح الأم بعد ذلك مصدراً للأمن والاستقرار - مصدراً للدفء والإشباع - تصبح في حد ذاتها مرغوباً فيها من الطفل حيث يجد فيها إشباعاً لحاجاته النفسية من مجرد وجودها . بل تنشأ الحاجات النفسية نفسها من هذه الحاجات البيولوجية الأولية .

نشأة المشاكل النفسية من موقف الحصول على الطعام :

لتوضيح ذلك نضرب المثال التالي :

لنفرض أن إحدى الأمهات تسارع إلى إرضاع وليدها كلما بكى فإن الطفل في هذه الحالة سيتعود أن يشبع حاجته إلى الطعام وغير الطعام بالبكاء والصراخ . وسيدرك أنه يستطيع التأثير على بيئته الاجتماعية بهذه الوسيلة البسيطة . وقد ينتهي به الأمر مع تراخي الوالدين ولهفتهما على الطفل - إلى أن يصبح دكتاتوراً صغيراً في المنزل ، يتحكم في والديه ويقوم هو على تربيتهما بدلاً من أن يقوما على تربيته . وعندما يبدأ هذا الطفل في الاتصال بمجتمع الجيران أو عندما يتوجه إلى المدرسة ، فلسوف يصدمه الواقع الاجتماعي للبيئة الخارجية الذي يخالف كل ما تعود عليه في حياته في الأسرة . وسيؤدي ذلك في غالب الأحوال إلى سوء التوافق النفسي لهذا الطفل والذي قد يمتد به إلى مراحل تالية من مراحل النمو .

وعلى العكس من ذلك لو كانت الأم ممن يسرفن في تطبيق التعليمات الصحية وفي إرضاع الطفل في مواعيد محددة مهما طال بكاؤه - فقد يكبر الطفل في هذه الحالة على اعتقاد أنه لا يملك القدرة على التأثير فيما حوله أو فيمن حوله ، ويصبح لذلك شخصاً إنسحابياً مستسلماً للأقدار ... بل قد يترتب على سلوك مثل هذه الأم - خصوصاً لو عزز هذا السلوك بالأساليب الصارمة في سائر معاملاتها للطفل - أن يفقد الطفل كل إحساس بالأمن والطمأنينة النفسية ،

وأن يعم خوفه وانزعاجه ليشملا أقل المؤثرات تهديداً – بل أن ينشأ الطفل على توقع الشر والأذى والحرمان .

وعلى أساس الأساليب التي يعامل بها الطفل من حيث حصوله على الطعام يتوقف تنظيم شخصيته إلى حد كبير . ويحدد هذه الأساليب نوع الثقافة التي يعيش فيها الوالدان ونوع القيم والمعايير الاجتماعية التي تحدد اتجاهاتهما . فالأم المتمدينة اليوم لا يهمها فقط أن يأكل إبنها ليعيش أو ليحافظ على صحته الجسمية فحسب ، بل يهمها إلى جانب ذلك أن يتعود إبنها على تناول طعامه في أوقات معينة، بل إن حياتها والتزاماتها قد تفرضان عليها في بعض الأحيان أن تجعل طفلها يستقل عن ثديها مبكراً ، وفي بعض الأحيان قد تسمح لها ظروفها أو تعليمها أن تقوم بذلك تدريجياً، وفي أحيان أخرى قد تستعمل وسيلة مفاجئة . كل ذلك يؤثر بدوره في شخصية الطفل وتكيفه الاجتماعي مستقبلاً .

والذي يجعل هذا التأثير على شخصية الطفل محتملاً وقوياً – هو أن عملية الرضاعة وما يرتبط بها من خبرات سارة تصبح عادة قوية وثابتة . فأثناء حصول الطفل على الطعام يكتسب مجموعة من الخبرات الوجدانية الاجتماعية . وفي كل مرة يرضع الطفل من ثدي الأم يدعم سلوك الرضاعة عن طريق خفض دافع الجوع – أي عن طريق ملء المعدة الفارغة مما يزيل عنه آلام الجوع . وكنتيجة لذلك تصبح الرضاعة عادة قوية ثابتة ، كما أن الطفل يحصل من الموقف نفسه على الأمن والطمأنينة النفسية . ويشبع من خلال هذا الموقف أيضاً حاجته للتقدير والاهتمام والرعاية والاعتماد على الآخرين . ولذلك تنشأ عند الطفل رغبة في عملية الرضاعة لذاتها . أي بشكل مستقل نسبياً عن رغبته في الحصول على الطعام وذلك كما يحدث في حالة مص الأصابع أو مص الحلمات الصناعية .

أبرز مشكلات التغذية :

أولاً : فقدان الشهية (انعدام الرغبة في الطعام – بطء شديد – تأفف) :

١ – دائم – يرجع إلى عوامل مزمنة .
٢ – مؤقت – يرجع إلى عوامل طارئة .
٣ – فجائي – تصحبه أعراض أخرى ظاهرة كارتفاع الحرارة أو التقزز أوالغضب أوالحزن
٤ – تدريجي – نتيجة لأسلوب الوالدين واتجاهاتهما نحو موقف الطعام .
٥ – عام – يتناول جميع أنواع الأكل .
٦ – خاص – يتناول بعض أنواع الطعام دون غيرها .

٧ – يظهر في جميع المناسبات .
٨ – يظهر في مناسبات معينة – كالأكل الفردي أو على مائدة غير منسقة .

ثانياً : الشره إلى الطعام (ازدراد الأكل وبكميات كبيرة جداً) .

ثالثاً : التقيؤ أو الشعور بالغثيان وترجيع الطعام :

هناك علاقة قوية مؤكدة بين الحالات الانفعالية والتغيرات الجسمية المصاحبة لها كالانفعالات الحادة مثلاً تؤدي إلى إضعاف وظيفة الجهاز الهضمي – حيث يقل إفراز العصارات الهاضمة أو يتوقف افرازها . وقد يكون ترجيع الطعام لجذب الاهتمام نحوه – تخويف الكبار – تعبيرا عن عقدة نفسية أساس انفعالها التقزز أو الخوف .

أسباب فقد الشهية للطعام

أ – بعض العوامل الجسمية مثل :

الإمساك – سوء الهضم – وجود سموم في الجسم – الإصابة بالسل – اضطراب في الغدد .

ب – نظام التغذية :

– أكل الأطفال لمواد دسمة تحتاج لوقت طويل لهضمها .
– تناول مواد شديدة الحلاوة قبل الأكل .
– عدم انتظام مواعيد الطعام .
– نقص فيتامينات معينة في الجسم .

ج – عوامل تسبب الإنهاك العصبي :

قلة النوم – سوء التهوية وقلة الرياضة – والجو الحار .
العمل المستمر غير المتنوع (الروتيني) الخالي من فترات الراحة .
وجود الطفل في بيئة تثير فيه حالات حادة من الغيظ أو الضحك أو كثرة الكلام أو الضجيج .
فقدان الشعور بالأمن وزيادة القيود المفروضة على الطفل .

د ـ العوامل الأسرية المختلفة مثل :

ـ الرجيم الذي تقوم به الأم لتخفيف وزنها .
ـ عدم تناول الآباء وجبة الإفطار لأي سبب كان مثل : سرعة ترك المنزل إلى العمل ـ التدخين السهر الكثير .
ـ كثرة التنبيهات التي يقدمها الآباء أثناء الأكل (آداب الأكل) .
ـ إجبار الطفل أو إغراؤه أو إقناعه بمختلف الوسائل لتناول الطعام عامة أو أنواع خاصة منه .
ـ القلق الزائد من قبل الآباء على الطفل أو على أنفسهم .

الوظيفة النفسية لفقدان الشهية للطعام :

ـ جذب الانتباه للطفل والاهتمام به .
ـ عقاب الوالدين وإشعارهما بالذنب عن طريق الإضراب عن الطعام .

رابعاً : البطء في تناول الطعام :

وقد يرجع ذلك إلى :

أ ـ نظرة الطفل إلى تناول الطعام كنوع من اللعب يضيع فيه الوقت .
ب ـ أو إلى :
١ ـ صعوبات في المضغ نتيجة لخلل في الأسنان أو الفكين .
٢ ـ التعب والانهاك .
٣ ـ عدم الرغبة في تناول الأطعمة المعروضة عليه .
٤ ـ الاستغراق في أحلام اليقظة ، وكثير من الأطفال ينشغلون بمشكلاتهم الخاصة أو بملاحظة ما يجريَ حولهم من الكبار أثناء الطعام .

موقف الآباء من غذاء الطفل :

يختلف الآباء في درجة اهتمامهم بكمية طعام الطفل ونوعية هذا الغذاء وبدرجة إقبال الطفل على الطعام . فبعضهم يهمل كل هذه النواحي والبعض يصل اهتمامه إلى درجة القلق الزائد .
والطفل الذي يهمله آباؤه قد يحل مشكلاته بنفسه .

أما الطفل الذي يشعر بقلق والديه عليه وعلى غذائه فإنه :

- يفقد ثقته بوالديه إذا شعر بضعفهما وينهار المثال الأول للقوة الذي يتمثل فيهما .
- ويمكن أن ينتقل قلق الآباء على الأبناء إلى الأبناء أنفسهم فيصبح الطفل قلقاً على نفسه – ضعيف الثقه بنفسه .
- وينظر الآباء عادة إلى قلقهم هذا على أنه عطف على الأبناء يجب أن يشكروا عليه .

ومن المعروف أن قلق الآباء يؤثر في الأبناء من وقت مبكر من حياتهم لا عن طريق الإدراك والتحليل والمعرفة – ولكن عن طريق المشاركة الوجدانية البدائية (التقليد والقابلية للاستهواء) .

- تقنين وجبات طعام الطفل من حيث المواعيد والكميات . والقلق إذا ما اختل هذا التقنين .

- كثيراً ما تؤدي شدة قلق الآباء إلى زيادة شعور الأطفال بأهميتهم بين والديهم . مما يدفعهم أحياناً إلى التمسك بما يثير القلق لدى الآباء . كأن يضرب عن الطعام فيثير قلق والديه أو غضبهما ، ويكون بذلك قد أحدث في جو المنزل ظاهرة لا يحدثها إلا الكبار – مما يزيد إحساسه بالقوة والسيطرة . ولا شك أن الأفضل أن يهمل الآباء ما يقوم به الطفل ويلتزموا الهدوء التام إزاء تصرفه هذا .

- والأم كثيراً ما ترجو طفلها وتتوسل إليه وتغريه بكل الوسائل لكي يأكل ، وأحياناً تجري وراءه في المنزل حاملة غذاءه في يدها لعله يتناوله ،وهذا الموقف يشعره بسيطرته على الموقف .

وكثيراً ما تهدد الأم طفلها إن لم يأكل – فيصمم على موقفه – فتعود إلى إغرائه وتتنازل عن تهديده – وتتأرجح بين التهديد والإغراء والإقناع وغيرها من الأساليب التي قد تحدث إضطراباً في الطفل نفسه ، وأحياناً يترتب عليها زيادة تمسك الطفل بموقفه لأنه يشعر فيه بقوته وأحياناً تشكو الأم من طفلها أمام جيرانها وتطلب نصيحتهم فيما يمكن عمله وقد يكون ذلك أمام الطفل – فيشعر الطفل بمتعة كبرى لأنه وصل إلى ما تشتاق إليه نفسه من القوة والسيطرة ، فقد جعل شخصاً كبيراً كأمه يفشل أمامه .

ورفض الطعام يكثر عادة من الطفل الوحيد أو المدلل أي الطفل الذي يحتمل أن تضعف أمه أمامه .

- ويؤثر الآباء في أبنائهم دون أن يشعروا عن طريق الإيحاء . فإتجاهات الكبار نحو أنواع معينة من الطعام يمكن أن تنتقل إلى الأبناء عن طريق الإيحاء فيحبون نوعاً ما ويكرهون نوعاً آخر كالآباء .

وقد تكون رؤية الطفل لعلامات الاشمئزاز التي تبدو على وجوه الكبار أقوى أثراً من سماع الألفاظ الدالة عليه ، أي أن إيحاء السلوك أقوى أثراً من إيحاء الكلام .

عملية الفطام ومشكلات الأطفال :

يتعلم الطفل أنه جزء لا يتجزأ من ذلك النشاط اللذيذ السار المشبع وهو الرضاعة فمنظر الأم وصوتها ورائحتها وملمسها جميعها ترتبط عنده بهذه الحالة من الإشباع وعلى ذلك تتكون عن طريق الثدي – عن طريق الطعام الذي يجلب معه الراحة والإشباع والطمأنينة والحب – تتكون أول علاقة وجدانية قوية في حياة الطفل بينه وبين أمه . وتصبح الأم بعد ذلك وهي مصدر للارتياح – مرغوباً فيها لذاتها أي تنشأ عند الطفل حاجة الى الأم بنفس المعنى الذي يحتاج به إلى الطعام الذي تزوده به .

هذه « الرغبة » أو « الحاجة » إلى الأم هي التي تخلق الصعوبات العديدة في تدريب الطفل على الاستقلال عن الثدي فيما بعد عندما تحاول الأم أن تغير من الطريقة التي تعود أن يحصل بها على غذائه . إنها لا تقف منه عندئذ موقفاً يتعارض مع وجود عادة قوية ثابتة فحسب – بل انها تسبب له أيضاً اضطراباً شديداً في العلاقة الوجدانية القوية التي نشأت بينهما . لذلك فإننا نتوقع الكثير نتيجة لعملية الفطام خاصة لو تمت بطريقة مؤلمة أو مفاجئة أو كليهما معاً – سواء من حيث الوسيلة التي تتم بها أو من حيث السن التي تتم فيه .

والذي يشعر به الطفل عندما تحدث عملية الفطام فجأة هو لا شك أشبه بصدمة انفعالية قوية . إذ أنه يرى في مصدر اللذة بالنسبة له إذا ما سحب منه فجأة – أو إذا ما اقترن بحالات مؤلمة لوجود مادة مرة في الثدي كوسيلة من وسائل الفطام – يجد في هذا المصدر شيئاً مخيفاً بعد ذلك . الأمر الذي يجعل الطفل يقع في صراع بين طلب اللذة عن طريق الرضاعة وبين الخوف من العقاب أو الألم الذي قد يترتب على العملية – وقد يساعد ذلك على تنمية الشعور بالخوف من تكوين آي علاقة وجدانية بعد ذلك . إذ ينشأ عند الطفل خوف من الحرمان أو من الترك أو من التخلي يؤثر في علاقاته الوجدانية والإنسانية فيما بعد .

موقف التغذية كعلاقة بين الطفل والآباء :

إن للجو العاطفي العام الذي يحيط بعملية الحصول على الطعام أهمية كبيرة لدى الطفل سواء كان يتناول طعامه عن طريق الثدي أو الزجاجة ، أو تم فطامه مبكراً أو متأخراً ، أو أتيح له أن يمتص لفترة طويلة أو قصيرة . فيقرر « برودي ، واسكالونا Escalona (١٩٤٥) "Brody » (١٩٥٦) أن أفضل دليل على نوع العلاقة القائمة بين الأم والطفل يمكن الحصول عليه بملاحظة طريقة تغذية الأم لطفلها . لقد قامت « إسكالونا » بنشر مجموعة من الملاحظات

التي جمعتها عن العلاقة الغذائية بين أطفال في سن ١٠ أيام إلى عامين من العمر وضعوا في دور للحضانة ملحقة بدار للتهذيب والتأديب وبين أمهاتهم وحاضناتهم ، وكان من بين النتائج التي وصلت إليها أن الأمهات وأيضاً الأمهات البديلة كن متوترات واستخدمن الأطفال كمخارج انفعالية لأنفسهن . كما لاحظت أن عشرة أطفال في عمر شهر واحد قد رفضوا الثدي كمصدر للحصول على الغذاء . ومن بين امهات هؤلاء الأطفال العشرة وصفت تسعة منهن كأمهات لديهن توتر حاد . وعندما أعطي ست من هؤلاء الأمهات علاجاً نفسياً – تحسنت تغذية الطفل .

كما لاحظت « اسكالونا » أيضاً أنه بتغيير رمز الأم بالنسبة لـ ١٥ طفلاً – غير الأطفال تفضيلاتهم من عصير البرتقال إلى عصير الطماطم أو العكس طبقاً لتفضيل رمز الأم . ولاحظت « اسكالونا » أن السلوك المتعلق بالغذاء لدى هؤلاء الأطفال ارتبط بالجو العام للمؤسسة التي وضعوا بها . كما وجدت بعض الاضطرابات البسيطة لدى الأطفال .

وقد قامت « آن ستيوارت Stewart » (١٩٥٤) بدراسة تمت بطريقة أكثر تنظيماً من دراسة « اسكالونا » واستخدمت فيها مقابلات مع الوالدين وملاحظات للأمهات أثناء تفاعلهن مع أطفالهن على مدى ساعتين هما مدة الزيارة للعيادة . كان عدد هؤلاء الأطفال ١٠ أولاد ، ٨ بنات وأمهاتهم (وعدد من الآباء وليس جميعهم) .

تميز ثمانية من الأطفال بكثرة البكاء (كثير المغص "Coliky")، والبكاء المستمر المتزايد هو ذلك البكاء الذي يستمر بهذه الصورة في الشهور الثلاثة الأولى من الحياة وبعد أسبوعين من الميلاد وعلى مدى أسبوعين على الأقل . ويحدث على الأقل مرة في اليوم ولمدة لا تقل عن ٩٠ دقيقة ولا يتعلق بوضوح بعدم الارتياح الجسمي .

لقد تميزت أمهات هؤلاء الأطفال بالتناقض الوجداني حول دورهن كأمهات ودورهن كإناث ، والاعتماد التام ، والشعور ببعض المنافسة مع الأولاد أو مع الزوج . فهم في بعض الأحيان يهملون الطفل أو يبالغون في التعويض فيعطون الطفل مزيداً من الرعاية . أما آباء الأطفال كثيري البكاء فقد وصفوا بأنهم سلبيون يقدمون القليل من السند الحقيقي لزوجاتهم .

وبالمقارنة بكثيري البكاء كان هناك ٦ أطفال وصفوا بأنهم قليلو البكاء . أو أطفال « جيدون جداً » حيث وصفت أمهاتهم بأنهم أكثر ترحيباً بأطفالهن كتأكيد لأنوثتهن . كما كن أكثر شعوراً بالارتياح والسعادة ، وكانت الأمومة بالنسبة لهن وسيلة للحصول على السند والاهتمام المرغوبين . كما كان آباء أطفالهن قادرين على منح هذا السند وهذا الاهتمام لهن ، كما تقبل هؤلاء الآباء دورهم الأبوي والذكرى بأقل قدر ممكن من الصراع .

وبالمقارنة بأمهات الأطفال كثيري البكاء ــ كانت أمهات الأطفال قليلي البكاء يقابلن حاجات أطفالهن سواء للغذاء أو غيره بصورة أكثر واقعية .

وبوصول المجموعتين إلى سن ٦ أسابيع توقف الأطفال قليلو البكاء عن البكاء عند ظهور الكبار أمامهم (كأمر يتعلق بالثقة والصدق) بينما ازدادت حدة بكاء وعويل الأطفال كثيري البكاء عندما يظهر الكبار أمامهم .

ويذكر « لاكن » "Lakin" أن كثرة البكاء ترجع إلى اضطراب في علاقة الطفل بأمه . ويفترض أن مثل هؤلاء الأمهات :

١ ــ عانين من ضعف العلاقات التي قامت بينهن وبين آبائهن عندما كن صغاراً .
٢ ــ يعانين من صراع داخلي حول تقبل دورهن كإناث أو كزوجات أو كأمهات .
٣ ــ ينتابهن كثير من القلق حول ما إذا كن يصلحن كإناث أم لا .
٤ ــ أقل سعادة وتكيفاً في حياتهن الزواجية .
٥ ــ أقل أمومة من أمهات الأطفال الأقل بكاء .
٦ ــ هؤلاء الأمهات كن أكثر تشاؤماً من أمهات الأطفال الأقل بكاء .
٧ ــ عندما عرض « لاكين » عليهن قائمة تتضمن العديد من المواقف السلبية والإيجابية في الحياة الأسرية وطلب إليهن أن يتذكرن ما بها بعد ذلك وجد أنهن تذكرن عدداً قليلاً جداً من المواقف الإيجابية .

وقد لاحظ « لاكين » أيضاً على أمهات الأطفال كثيري البكاء في العينة التي درسها ما يلي :

أ ــ أنهن توقفن عن العمل في فترة مبكرة من الحمل .

ب ــ توقفن تماماً عن الجماع في الحال بمجرد ظهور أعراض الحمل عليهن .

جـ ــ انتابتهن كثير من الانفعالات أثناء الحمل وبعده .

د ــ وصفن أنفسهن بأنهن تعودن على التوتر والعصبية .

هـ ــ كثيراً ما طلبن إلى أمهاتهن أن يحضرن لمساعدتهن بمجرد ولادة الطفل .

و ــ كثيراً ما نظرن إلى الزوج على أنه قليل الفائدة بالنسبة للطفل لأنه لا يساعد في العناية به .

ز ــ أصيبت كثير منهن بالاكتئاب بعد ميلاد الطفل ــ وشعرن بأنهن يصبحن أكثر عصبية وتوتراً عندما يبكي الطفل .

ح ــ يجدن صعوبة في التعرف على أسباب بكاء الطفل .

ط ــ يعتقدن أنهن يصبحن أكثر توتراً وقلقاً عند حمل الطفل والتعامل معه .

الدراسات التى تشير الى وجود تأثيرات جوهرية

وتشير نتائج كثير من الدراسات إلى أن تغذية الطفل وأسلوب التغذية يتأثران بمدى توتر الأم . وأن هذا التوتر ينتقل إلى الطفل بصورة ما خلال موقف الطعام . مما يؤثر على شخصيته بصورة أو بأخرى .

أسلوب تغذية الطفل وتأثيره على الشخصية

قامت كثير من الدراسات لمعرفة تأثير أسلوب التغذية وتأثير إتباع الأم لنظام محدد في التغذية أو تغذية الطفل حسب طلبه ، وتأثير التغذية من الثدي لفترة طويلة ، والتأثير في حالة الفترات القصيرة ، كذلك درس تأثير إتجاه الأم أو مشاعرها نحو نظام التغذية .

فمن موقف اللعب بالدمى كمقياس لكمية « اللعب الواقعي – قامت « هولواي **Holway** » (١٩٤٩) بدراسة على ١٧ طفلاً حيث قسمتهم إلى مجموعتين طبقاً لنظام التغذية المستخدم في

شهر سنة شهر سنة

تغذيتهم (كانت أعمارهم تتراوح بين ٣ ر ٣ إلى ٥ ر ٤) حيث كانت هناك خمس حالات يتبع في تغذيتها (حاجتها الفعلية ، ١٢ حالة يتبع في تغذيتها نظام محدد وبات ، وتبين الآتي :

المجموعة الأولى ٥ حالات لا تتبع نظاماً ثابتاً في التغذية	المجموعة الثانية ١٢ حالة تتبع نظاماً ثابتاً محدداً	الدلالة الاحصائية للفروق بين المتوسطات
فترة اللعب الكليـــة ٩٧ دقيقة	٣٧ دقيقة	XXX
فترة اللعب الخيالي ٣ر٤ دقيقة	٤٧ر٧ دقيقة	XXX

ويلاحظ أن ميل المجموعة الأولى التي تتغذى حسب حاجتها إلى أن تندمج في لعب خيالي واقعي يؤكد صحتهم العقلية الجيدة ، وقدرتهم على مواجهة الواقع . كما يتضح أيضاً اتجاه المجموعة الأخرى نحو اللعب الخيالي غير الواقعي أو « الهروبي » ويوضح حاجتهم إلى الهروب من الواقع .

وفي دراسة أخرى أكثر عمقاً عن تأثير نوع التغذية على النمو الجسمي فيما بعد – قام بها كل من "هوفر وهاردي **Hoefer & Hardy**" (١٩٢٩) حيث درسا ٣٨٣ طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٧ ، ١٣ سنة من العمر ، وصنفا الأطفال إلى مجموعات تختلف حسب الآتي :

أ – التغذية من الثدي .

ب – التغذية بطرق صناعية .

جـ – مدة التغذية من الثدي .

وكانت نتائج الدراسة كالآتي :

– يذكر هوفر وهاردي أن المجموعة التي تمت تغذيتها صناعياً كان ترتيبها من حيث النمو الجسمي العام أقل من المجموعات التي غذيت من الثدي وأن أفضل مدة للتغذية من الثدي تتراوح بين ٤ – ٩ شهور .

– كان هناك عدد كبير من الأطفال الذين تمت تغذيتهم صناعياً يعانون من نقص التغذية رغم أنهم لم يختلفوا في الطول عن الذين تغذوا عن طريق الثدي .

– كان الأطفال ذوو التغذية الصناعية أكثر عرضة من غيرهم لأمراض الطفولة وأقل في مستوى الذكاء والتحصيل الدراسي وتأخروا في الكلام عموماً بالنسبة للآخرين .

وفي سنة ١٩٣٩ درست عينة من الأطفال الإنجليز في إحدى العيادات – وكانت مهن آبائهم تتراوح بين :

١ – بقال في بقالة صغيرة .
٢ – عسكري بوليس أو حارس على المباني العامة أو حارس في سجن .
٣ – بائع متجـــول .

وهم جميعاً يتميزون بالأمانة والصراحة واحترام الذات . قام الباحثان « روجرسون ، روجرسون Rogerson and Rogerson » (١٩٣٩) باجراء مقابلات مع أكثر الأبوين ألفة لدى الطفل عندما أصبح الأطفال في سن السابعة ، كما تردد هؤلاء الأطفال وآباؤهم على العيادة لمدة ٦ شهور على الأقل .

و قد تم تقسيم عينة الأطفال حسب نوع الرضاعة التي حصلوا عليها إلى مجموعتين :

الأولى : حصلت على رضاعة من الثدي حتى وقت الفطام وكان عددها ٦٢ طفلاً وسميت « المجموعة التي لا تتضمن صعوبات غذائية » .

الثانية : حصلت على رضاعة صناعية وعددها ٤٧ طفلاً وسميت « المجموعة ذات الصعوبات الغذائية » .

وقد وجد أن هاتين المجموعتين مختلفتان بصورة واضحة في نواحٍ هامة وذلك رغم تشابه المجموعات في الآتي :

١ – كل مجموعة احتوت تقريباً على عدد متساوٍ من الأولاد والبنات .

٢ – كل مجموعة احتوت على نفس العدد من الأطفال الذين ولدوا ولادة غير طبيعية .

٣ – تساوت المجموعات من حيث عمر الأمهات .

٤ – تساوت المجموعات من حيث سن الفطام .

وتبين من المقارنة ما يلي :

١ – ٤٨٪ من المجموعة التي تمت رضاعتها طبيعياً كانوا في صحة جيدة – بينما تمتع ٣٠٪ فقط من المجموعة الأخرى بصحة جيدة .

٢ – ٢٪ فقط من مجموعة الرضاعة الطبيعية وصفت بأنها ذات صحة سيئة مقابل ١٥٪ من المجموعة الأخرى (ذات الرضاعة الصناعية) .

٣ – بوصول الأطفال إلى سن السابعة – كانت الشهية للطعام ضعيفة بين الأطفال الذين تمت تغذيتهم وهم في سن الرضاعة من الثدي .

٤ – لم تكن هناك فروق واضحة بين المجموعتين من حيث نسبة الأطقال الذين يعانون من اضطرابات في النوم .

٥ – مجموعة التغذية الصناعية كانت أكثر تبولاً لا ارادياً نهاراً وليلاً ، ويتميزون بالعصبية ، كما كانت لديهم مخاوف وهم في سن المدرسة وكان أداؤهم بالمدرسة أقل جودة .

٦ – عندما يولد طفل جديد سواء كان ذكراً أم أنثى – كانت الغيرة أكثر ظهوراً بين أطفال المجموعة التي تمت تغذيتها بطريقة صناعية .

٧ – الطفل الأول في الأسرة كثيراً ما يعاني من الحماية الزائدة من قبل الآباء وكثيراً ما يكون ضحية للقلق الزائد ونقص الخبرة من قبل الآباء .

ويشير « وايتنج وتشايلد Whiting and Child » (١٩٥٣) إلى أن هناك طرقاً شائعة ومختلفة في تدريب الأطفال بالنسبة لعدة مجالات منها : المجال الفمي والإخراجي والجنسي والاعتماد على الآخرين والعدوان . وتختلف المجتمعات في طريقة تدريب الطفل ومعاملته في كل مجال من هذه المجالات . فقد نجد مجتمعاً متسامحاً جداً بالنسبة لأحد هذه المجالات ، ومتشدداً جداً بالنسبة لمجال آخر ، وقد يؤكد بشدة في عملية التطبيع الاجتماعي على مجال معين وبدرجة متوسطة في آخر . كما قد يبدأ تدريب الطفل في غالب الأمر منذ الميلاد بالنسبة لمجال معين – ويؤخر التدريب بالنسبة لمجال آخر .

وقد يتميز سلوك الآباء في معاملتهم للأبناء بالتسامح الصريح (أي الدرجة التي يكون فيها الآباء – في ثقافة ما – أكثر ليناً وتساهلاً مع الأبناء) أو العكس . أو القلق الواضح (أي الدرجة

التي تتميز فيها خبرات الفرد بالحرمان والمشقة)، والقلق المصاحب لعملية التطبيع الاجتماعي (أي الصرامة والقسوة أو العقوبة المصاحبة لعملية التدريب على ضبط الإخراج وضبط العدوان). ويذكر الباحث أنه كلما قلت قسوة وشدة التدريب كلما قل القلق الاجتماعي . بالإضافة إلى السن الذي يبدأ فيه التطبيع الاجتماعي .

ومن الممكن أن نفترض أن تأخر البدء في علية التطبيع الاجتماعي يرتبط بعملية التسامح في عمليات التطبيع وإلى قلق اجتماعي أقل ، ولكن هذا الأمر لا ينطبق على كل المجتمعات أو على كل الناس في المجتمع الواحد .



وسائل لمنع المشاكل المرتبطة بتناول الطعام

١ – قدم للطفل كمية قليلة من الطعام ، واسمح له بتناول المزيد إذا طلب ذلك .

٢ – لا تجبر الطفل على أكل أي شيء لا يرغب في تناوله .

٣ – لا تقلق إذا قلت كمية الطعام التي يتناولها الطفل في بعض الأحيان ، أما إذا استمر ذلك فيجب عرضه على طبيب .

٤ – لا تشجع الطفل على كثرة الطعام ، وإذا أصر الطفل على أكل كثير من الطعام وازداد بدانة فيجب عرضه على طبيب .

٥ – كن صبوراً أثناء تعلم الطفل تناول أطعمة جديدة ، فالأمر يستغرق وقتاً حتى يتعود على مذاقها وتكوينها .

٦ – إجعل شكل الطبق الذي يأكل فيه الطفل جذاباً مشوقاً – وتجنب امتلاءه بالطعام .

٧ – تجنب تناول الطفل الحلويات والسكريات والمثلجات بكثرة بين الوجبات ، فهي تقتل شهيته للطعام عندما يحين موعده .

٨ – ساعد الطفل على أن يتعلم أن يطعم نفسه بنفسه ولا ينفذ صبرك عندما يتبعثر الطعام .

٩ – كن حازماً عندما يتلكأ الطفل أو يتوانى أثناء تناول الطعام ، واسأله إذا ما كان يريد المزيد فإذا استمر في التلكؤ إبعد عنه الطعام .

١٠- لا تشك ولا تتذمر من مشاكل المائدة ، وبدلاً من ذلك أخبر الطفل بالأمور غير المسموح بها وابعد طبق الطعام إذا استمر في القيام بالأمور غير المسموح بها .

١١– إجعل الجو المحيط بتناول الطعام جواً مرحاً وجذاباً باستخدام مفارش بلاستيك جميلة للمائدة .

١٢– تخلص من الأكل المبعثر في المكان الذي تناول الطفل فيه طعامه .

١٣ – لاتسمح للطفل بتناول السكريات والمياه الغازية ليلا لأنها تعطل هرمون النمو عن عمله فيقل معدل نمو الطفل ليلا .

علاقة التغذية والفطام بالأمراض :

يذكر « ويتنج وتشايلد » أن كمية القلق التي تثيرها ثقافة ما في الطفل أثناء عملية التغذية والفطام ستنعكس في صورة استعداد معين للأمراض . فالمجتمع الذي يتميز بالصرامة والحرمان أثناء تغذية الطفل قد يربط بين المرض وبين الأشياء التي تؤكل أو تشرب ، وذلك على عكس المجتمع المتساهل .

ولو أن مجتمعاً ما أعطى الطفل إشباعاً مستمراً ومتنوعاً في أحد مجالات التدريب المختلفة فمن المعتقد أن يحدث الشفاء من الأمراض بواسطة معاملة من هذا النوع . وهناك ميل لدى المجتمعات التي تتسامح كثيراً مع النشاط الفمي (سهولة التدريب المرتبط بالتغذية والفطام) لأن تعتقد في أن العلاج الفمي (كالأطعمة أو السوائل السحرية) سيؤدي إلى الشفاء من المرض .

أسلوب التغذية والشعور بالذنب :

لاحظ « ويتنج وتشايلد » في بعض المجتمعات أن الذنب يعرف على أنه مشاعر أو انفعالات يعاقب الفرد بها نفسه ، أما التعريف الإجرائي للذنب هو كما يلي :

يتعرض الناس في ثقافة ما للذنب ، أو تكوين الذنب كوسيلة لضبط الذات إلى الدرجة التي قد يلام فيها بعض المرضى في مجتمع معين على مرضهم . فقد وجدت علاقة هامة سلبية (٤٢ر٠ —) بين سن الفطام ووجود الشعور بالذنب كما عرفه « ويتنج وتشايلد » . وهذا يعني أنه كلما تأخر سن فطام الأطفال كلما قل احتمال شعورهم بالذنب إلى الدرجة التي يعتقد فيها المرضى بأنهم المسؤولون عن مرضهم ، أو بمعنى آخر — أن عمليات التطبيع الاجتماعي المبكرة القاسية الفمية ترتبط بمشاعر قوية بالذنب .

وتذكر نظرية التحليل النفسي أن الحرمان خلال المرحلة الفمية يؤدي إلى عدم الثقة في الناس الآخرين . ويؤكد هذا الرأي ما وصل إليه « ويتنج وتشايلد » من أن القلق المرتبط بالتطبيع الفمي يتعلق بدرجة لها أهميتها بالخوف من الناس وبالخوف العام من الآخرين ، الأمر الذي يدعم فكرة كون الحرمان الفمي المصحوب بالفطام القاسي يقلل من الثقة بالناس . ومعنى ذلك أن نتائج أبحاث « ويتنج وتشايلد » تؤكد رأي نظرية التحليل النفسي في أن عمليات تدريب الطفل في عامه الأول — المرحلة الفمية — تؤثر على تكوين الشخصية في المراحل التالية ، وأن المعاملة

القاسية للطفل ترتبط بمشاعر الذنب والخوف ، كما ترتبط الثقة بالآخرين بمدى التسامح الذي حظي به الفرد .

وقد حاولت « فريدا جولدمان Goldman » (١٩٤٨ ، ١٩٥١) أن تحدد طبيعة العلاقة بين عملية الفطام وبين نمط الشخصية ، وأمكنها في البداية أن تحدد نوعين من الشخصية همـــا :

- الشخصية الفمية التفاؤلية : وتتميز بمجموعة سمات منها المرح ، الحماس والميل الإيجابي نحو الناس والأحداث الخارجية ، كرماء نحو الضعيف والمحتاج ، اجتماعيون ، غير عدوانيين ، طموحون بدرجة معقولة ويرحبون بالأشياء وبالخبرات الجديدة أكثر من تمسكهم بالقديم .

- الشخصية الفمية التشاؤمية : وتتميز بصفة عامة بأنها غير متحمسة وحادة الطبع وحاقدة ، سلبية في اتجاهاتها نحو الحياة ، انعزالية وانسحابية ولا تميل إلى أن تعاون أو تحمي الآخرين . كما أنها أنانية مكتفية بنفسها .

وقد توصلت « جولدمان » إلى هذه النتائج بدراسة تاريخ الحياة لعشرين فرداً تم اختيارهم من عينة قوامها ٤٧ رجلاً و ٦٨ امرأة حيث درست تاريخهم الغذائي عن طريق أمهاتهم . وذكرت ما يلي :

١ - أن سن ٤ شهور يعد وقتاً حرجاً بالنسبة لعملية الفطام من رضاعة الثدي .

٢ - عندما قارنت الذين تم فطامهم قبل سن أربعة شهور بمن استمرت تغذيتهم من الثدي بعد ذلك (لمدة لا تقل عن تسعة شهور) وجدت أن المجموعة الأولى تتميز دون الأخيرة بسمات الشخصية الفمية التشاؤمية .

وعموماً فإن كثيراً من علماء التحليل النفسي يفترضون أن الأطفال الذين يتم فطامهم في وقت مبكر سيتميزون بالإحباط وعدم الصبر والعدوان الفمي ، وأن الفطام المبكر يؤدي إلى التشاؤم والسلبية والإنعزالية والتمركز حول الذات .

ويمكن أن نلخص ما سبق قوله عن تأثير عمليات التغذية المبكرة على الشخصية فيما بعد بقولنا - هل نتبع نظاماً محكماً من حيث نوع الغذاء وكميته ومواعيده أم نعطي الغذاء حسب طلب الطفل ؟ والإجابة على ذلك ليست بالنصح باتباع هذه الطريقة أو تلك - ولكنا نقول بأن النوايا الطيبة من الأم نحو الطفل والمحاولات المخلصة منها لتقديم أفضل ما لديها وهي سعيدة بذلك -

خاصة عندما ينسجم ما تقدمه لطفلها مع ما هو سائد في المجتمع من وسائل ثقافية – كفيل بأن يحقق لها أفضل النتائج بالنسبة لأطفالها .

أما الاضطرابات المصاحبة لعملية التغذية والتي لا داعي لها في موقف تغذية الطفل والتي تعبر عن حالة التكيف التي يعيشها الآباء وعن شخصياتهم واتجاهاتهم وتوتراتهم أو ارتياحهم لهذا الطفل فإنما يعكس آثاره بوضوح على شخصيته .

مراجع الفصل الأول

إسحق رمزي (١٩٥٣) مشكلات الأطفال اليومية (ترجمة) ط ٥ دار المعارف بمصر .

حامد زهران (١٩٧٧) علم نفس النمو ، عالم الكتب ، القاهرة .

– عبد العزيز القوصي (١٩٧٠) أسس الصحة النفسية ، ط ٨ ، دار القلم ، القاهرة .

– صموئيل مقاريوس (١٩٧٤) الصحة النفسية والعمل المدرسي ، ط ٢ ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

- Barton Hall, M. (1947). Psychiatric examination of the school child. London : Edward Arnold.
- Birch, L.B. (1955). "The incidences of nail-biting among school children". In Williams, P. (1974) Behavior problems in school, University of London Press.
- Brody, Sylvia (1956). Patterns of mothering : material influence during infancy, Intrnational University Press, New York.
- English, O.S., and Pearson, G.H.J., (1963). Emotional problems of living, Norton : New York.
- Escalona, Sibylle K. 'Feeding disturbances in very young children, American J. Orthopsychiat,. 1945, 15, 76–80.
- Goldman, Frieda, 'The problem of "orality" and of its origin in earlyChildhood J. ment. Sci., 1951, 97, 765–82.
- Hadfield, J.A.(1950), Psychology and mental health, London: Allen and Unwin.
- Hoefer, C., and Hardey, M.C. Later development of breast-fed and artificially fed infants. J. Amer. Med. Assn., 1929, 92, 615–19.
- Holway, Amy R. 'Early self-regulation of infants aned later behavior in play interviews', Amer. J. Orthopsuchiat., 1949, 19, 612–23.

- Hurlock, E.B. (1970). Child growth and develooment, 4th Ed., New York : McGrow-Hill.

- Lakin, M. 'Personality factors in mothers of excessively crying (colicly) infants'. Monogr. Soc. Res. Child Development.' 1957, 22, Ser. 64 , No. 1.

- Rogerson, B.C.F., and Rogerson, C.H. 'Feeding in infancy and subsequent psychologichal difficulties,' J. ment. Sci. 1939, 85, 1163–1182.

16 - Stewart, Ann H., Weiland, J.H., Leider, A.R., Mangham, C.A., Holmes, T.H., and Riply, H.S. 'Excessive infant crying (colic) in relation to parent behavior' American J. Psychiat., 1954, 110, 687–94.

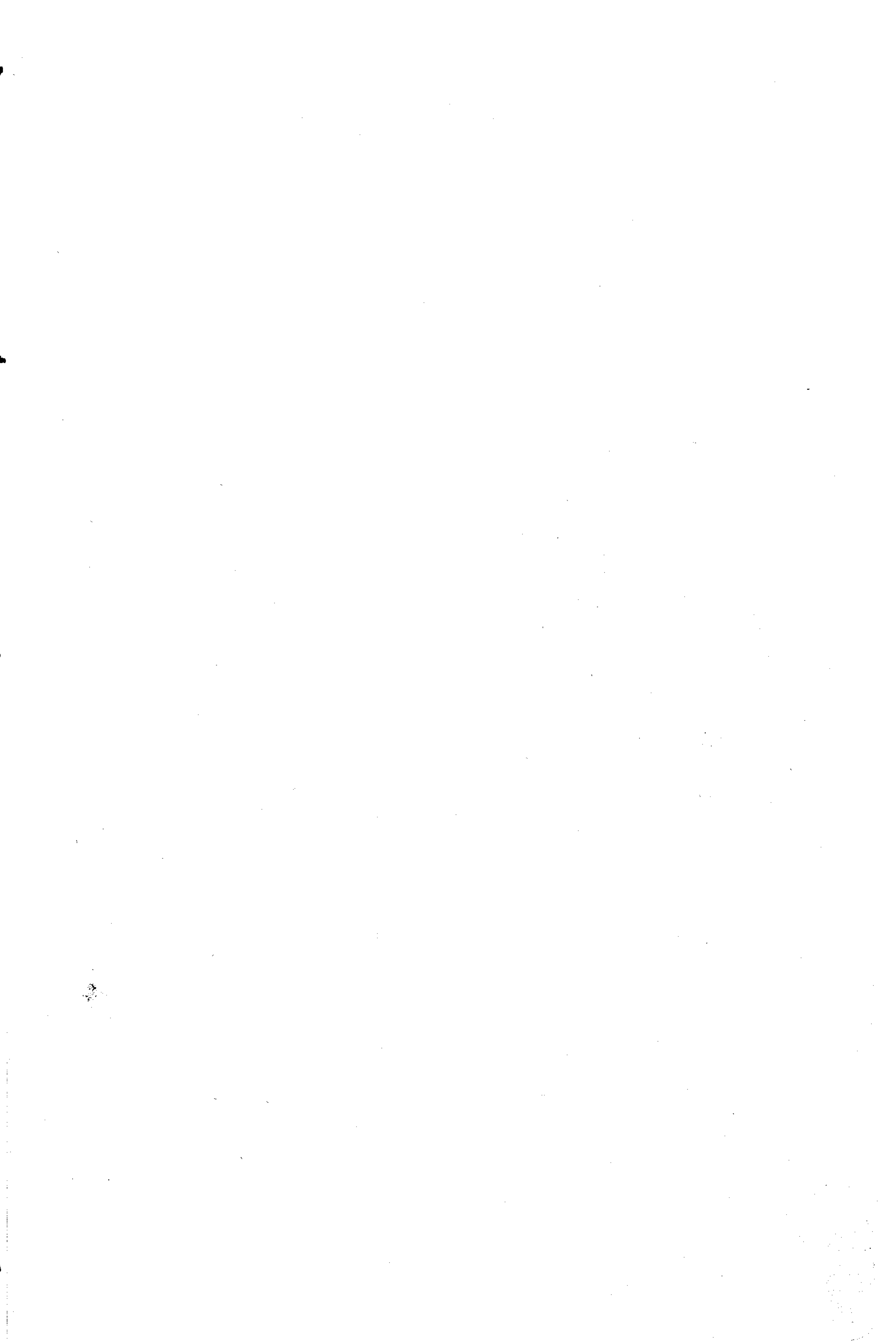
- Valenstine, E.S., Riss, W., and Young, W.C. 'Experiential and genetic factors in the organization of sexual behavior in male guinea pigs,' J. Comp. physiol. Psychol., 1955, 48, 397–403.

- Whiting, J.W., and Child, I.L. (1953). Child triaining and personality, New Haven, Conn : Yale University Press.



الفصل الثاني

المصّ وَقضم الأظافِر



المصّ وقضم الأظافر

مقدمـــــة :

هناك نظريات مختلفة لتفسير عملية المص . فهناك رأى يقول ان الرغبة في المص تنشأ لارتباطها بعملية الحصول على الطعام . ومادامت الأخيرة لذيذة وسارة، يصبح الإمتصاص كذلك لذيذا وسارا . وهناك نظرية أخرى تقول ان الحاجة للامتصاص حاجة أولية عند الطفل كالحاجة الى الطعام . وسواء كان هذا التفسير أو ذاك هو الصحيح فمن الملاحظ أن الاطفال الذين يتناولون طعامهم عن طريق الثدى يكونون في حاجة الى كمية معينة من الامتصاص – على عكس الاطفال الذين يتناولون طعامهم بطرق أخرى .

كما وجد ان الاطفال الذين يحصلون على طعامهم بسرعة أى من حلمات فتحاتها واسعة فإنهم يستمرون في عملية الامتصاص حتى بعد فراغ الزجاجة . وإذا نزعت منهم هذه الحلمات فإنهم قد يعوضون عنها بامتصاص أصابعهم . أما الذين يتناولون غذاءهم عن طريق زجاجات فتحات حلماتها ضيقة فإنهم لا يبدون نفس الأمر ، أي أنهم يحصلون على كمية من الامتصاص أطول أثناء الحصول على الطعام . فيتم إشباع الامتصاص والغذاء معاً وفي نفس الوقت . كذلك لوحظ أن الأطفال الذين يحصلون على غذائهم عن طريق ملعقة منذ وقت مبكر يبدو عليهم رغبة أقل من غيرهم في عملية الامتصاص .

مص الأصـــابع :

وهناك من الأطفال من تظل لديه رغبة قويه في امتصاص أصابعه حتى بعد الفطام . وهذه العملية لذيذة وسارة للطفل مادام يصر عليها ويقاوم منعه عنها . كما يلجأ إليها كلما وقع في أزمة

نفسية أو موقف إحباط أو عندما يدخل شخص غريب إلى منزله ، أو عندما تتركه الأم وحيداً ، أو عندما يجري الأطفال وتتركه وحيداً .

والواقع أن عملية مص الأصابع تكثر عند الأطفال الذين لم تتح لهم الفرصة الكافية للرضاعة أثناء حضانتهم ، فالأطفال يولدون ولديهم دافع فطري للمص ، وأنه لابد من إشباع هذا الدافع بالطرق الطبيعية . وإلا فإن الطفل سيبحث عندئذ عن طرق بديلة للإشباع .

كما أن الدافع للمص يكون أقوى في المراحل المبكرة منه في المراحل المتأخرة . فطالما أن الدافع للمص موروث فإنه سيكون أقوى في مراحل النمو الأولى التي لا حيلة للطفل فيها إلا الاعتماد على الآخرين ، بينما تقل قوة هذا الدافع في الكبر نتيجة لتوفر فرص إشباعه وتنوعها بمرور الزمن فتخف حدته بالتدريج . .

ومن المعروف أنه إذا ما أعاق الاستجابة الموجهة نحو هدف معين أي عائق (والاستجابة هنا هي رضاعة اللبن) فإن الطفل يسعى إلى البحث عن فرص أخرى لأداء الاستجابة المشبعة البديلة (وهي مص الأصابع) .

المص في رأي مدرسة التحليل النفسي :

إن عملية المص والبلع هي إنعكاسات موجودة في الكائن البشري وتهدف إلى الحصول على ما يدعم ويعطي الاستمرار لحياة الطفل حديث الولادة عن طريق تدفق الطعام إلى معدته . ولقد نظر أصحاب نظرية التحليل النفسي إلى عملية الامتصاص كمصدر رضا كبير للطفل أكثر من كونها مجرد إشباع للمطالب الغذائية ، وقد أعطيت أهمية كبيرة للذة الفمية في مجال النمو النفسي .

حيث تقرر نظرية التحليل النفسي عن مراحل النمو الجنسي النفسي — أنه خلال عمليات التمثيل الغذائي وغيره من العمليات الحيوية التي تجري في الكائن الحي تنشأ توترات معينة . وعلى سبيل المثال — فعندما تصبح إمدادات الغذاء في الجسم غير كافية وقليلة — يزداد التوتر إلى درجة الشعور بعدم الارتياح الواضح وهو ما نسميه بالجوع . ويؤدي تناول الطعام إلى إحساس باللذة وخفض للتوتر . واستمرار الحاجة إلى خفض التوتر والحصول على اللذة بأنواعها المختلفة تتطلب طاقة ويسمى « فرويد » هذه الطاقة « ليبيدو » أو الطاقة « الليبيدية » .

وفي نظرية التحليل النفسي ينظر إلى الفم على أنه منطقة مولدة للذة الشبقيـة (الجنسيـة) « erogenous zone » ويتكون من أنسجة تعطي إحساسات باللذة . والملاحظون لسلوك الوليد يشيرون إلى التأثر البالغ المصاحب لامتصاص الطفل لأصابعه وإصراره على الاستمرار عملية المص لمدة طويلة حتى بعد إشباع جوعه .

وفي أوقات التعب والضيق – على الأخص – يبدو أن الطفل يجد ارتياحاً كبيراً ولذة في النشاط الفمي ، وتشعر الأم عادة بالارتياح والسعادة اللتين يشتقهما الطفل من عملية المص ، وكثيرا ما تكون مستعدة لأن تمنحه هذه الفرصة وأن تشاركه وجدانياً عند سماعها للأصوات التي يصدرها والحيوية التي يتم بها السلوك الفمي .

وخلال مرحلة الرضاعة المبكرة – فإن تناول الغذاء عن طريق حمل الطفل للرضاعة من الثدي والشعور بالارتياح الذي يشتقه من هذه العملية هي كل الحياة اليقظة للطفل .

وينشأ الإشباع والتوتر من خلالها . ومن الإشباع تأتي اللذة . وعندما ينشأ التوتر يشعر الفرد بالاحباط والقلق كما ينشأ إحساس بعدم الأمن .

والمتخصصون في رعاية الطفل أهملوا لفترة طويلة عنصر اللذة الذي يحصل عليه الطفل من عملية المص ، فقد كان اهتمامهم منصباً على عملية الحصول على الطعام ، ونظروا إلى مص الأصبع على أنه عادة سيئة يجب منعها أو التغلب عليها لا لأنها خطرة صحياً فقط ولكن لامكانية تشويهها للأسنان أيضاً .

ويزداد إهتمام وانزعاج الآباء عندما يستمر أطفالهم في مص أصابعهم إلى مرحلة متقدمة من عمرهم ، وميلهم إلى تجاهل المتعة التي يحصل عليها الأطفال من النشاط الفمي وما يمكن أن تحدثه من تأثير على نموهم الوجداني والشخصي .

أما أصل اللذة المشتقة من النشاط الفمي – طبقاً للنظرية الفرويدية فيوجد في الطبيعة الغريزية .

وهناك نظرية أخرى تقول أن اللذة المرتبطة بالنشاط الفمي تمثل علاقة وجدانية مكتسبة منذ وقت مبكر . فمادام الفم عضواً نفعياً خاضعاً لحافز الجوع – فإن إشباع حافز الجوع له الأولوية ومع التكرار – تصبح متعة التخلص من الجوع مرتبطة بالفعل بالمنعكس الفمي الخاص بالمص . وتتدعم العلاقة بين المص واللذة في خبرة الطفل بالتكرار . ولذلك يصبح الفم عضوا للذة ويتآزر مع مناطق « الإشباع الليبيدية » الأخرى .

وبصرف النظر عن أصل عنصر اللذة في المص – فتناول الغذاء يعد مجالاً هاماً من مجالات الخبرة الإنسانية . فمنذ الطفولة المبكرة تربط اللذة الفمية مجموعة من القوى بحافز الجوع لتضمن الحصول على غذاء ملائم . لهذا فالتخفيف من حدة الجوع من خلال النشاط الفمي يشكل مصدراً أساسياً للإشباع واللذة للرضيع ، لذلك فأول مرحلة من مراحل نمو الوظيفة الغذائية هي أيضاً نفسها أول مرحلة في النمو الوجداني وهي ما نسميه « المرحلة الفمية » .

وحيث أن حمل الرضيع في موقف الرضاعة من الثدي يمثل أول إتصال سار بالعالم الخارجي عن ذاته – فإن هذه الخبرة تعد ذات أهمية بالغة في نموه المعرفي أيضاً . وطبيعي أن يبدأ الوليد

في الإدراك من النقطة التي يتبلور حولها اهتمامه البالغ . ومن خلال الزوائد الحسية المنتشرة حول المنطقة الفمية يبدأ الوليد في أن يعي ويتعرف على العالم الخارجي المحيط به . فهو يرى شيئاً — فتلمسه يداه — فيحس بشكله وتكوينه، ويجذبه نحو فمه ويتذوقه ويشمه . وبالتدريج يصبح على وعي بالفروق بين خبراته الحسية التي يحصل عليها بيديه وقدميه وتلك الخاصة بالأشياء التي ليست جزءاً منه . لذلك فإن اللذة الفمية تعد عاملاً هاماً في النمو المعرفي .

وخلال عملية النضج الغذائي تستمر اللذة المرتبطة بالغذاء وتتسع من المنطقة الفمية مع اللذة المشتقة من اللمس tactile وإثارة نهايات الأعصاب الحسية proprioceptive الى اللذة المشتقة من الذوق gustatory والشم olfactory . وإلى جانب كل ما سبق ذكره فإن المثيرات الإجتماعية تتعلق بالوضع الأخير ، فالأصوات والألوان والتكوينات والأذواق والروائح تصبح جميعها جشتالتا ساراً أو غير سار مرتبطاً بالأكل . وتتحدد عمليات الحب والكراهية لأطعمة معينة ، ويصبح موقف الغذاء عنصراً هاماً في الحياة الاجتماعية .

مص الأصابع والحالة الصحية :

ويذكر المدرسون في أحد البحوث التي قام بها « دوجلاس Douglas (١٩٦٤) أن غالبية أطفال سن ١١ الذين ذكرت أمهاتهم أنهم ممن يمتصون أصابعهم كانوا يتميزون بالنحافة الشديدة .

كما كانوا من الناحية الدراسية ذوي تحصيل منخفض وتركيز ضعيف . كما يذكر « جلايدويل Glidewell » أنه وجد في عينة من أطفال الصف الثالث أن للأعراض السابقة الذكر علاقة قوية موجبة مع سوء التكيف .

أسلوب التغذية ومص الأصابع :

من الأمور الهامة التي على أي أم أن تراعيها عندما تقرر تغذية طفلها بطريقة طبيعية أم باستخدام طرق بديلة أخرى — هي مراعاة الوقت الكلي للامتصاص الذي يجب أن يحصل عليه الطفل .

هل سيحصل الطفل على غذائه بسرعة أو ببطء . ولا شك أن القرار سهل بالنسبة للأم التي ستغذي طفلها عن طريق الزجاجة حيث يمكن تنظيم سرعة امتصاص الغذاء بدقة كافية بالتحكم في فتحة حلمة الزجاجة .

ويذكر بعض المحللين النفسيين أن الحاجة للامتصاص غريزية تتطلب الإشباع ، فإذا لم يحدث الإشباع الكافي من خلال امتصاص الطعام فإنه يستكمل عن طريق إمتصاص الإبهام – أو امتصاص الزجاجة الفارغة blanket - sucking أو أي امتصاص غير مصحوب بتدفق الغذاء . ويذكر ديفيد ليفي « David Levy » (١٩٣٤) أنه أجرى ملاحظة لمجموعة من عجول الأبقار الرضيعة التي يرضع بعضها من البقر والبعض من جردل أو إناء ، وقال أن العجول الرضيعة التي تناولت غذاءها من أواني اللبن قامت بعملية إمتصاص أكبر من الأولى عن طريق امتصاص آذان العجول الأخرى .

وفي تجربة أخرى قام بفصل ستة من الكلاب الرضيعة عن بعضها – غذي ثلاثة منها من زجاجات يتدفق اللبن منها ببطء ، وغذي الثلاثة الأخرى من زجاجات تدفق اللبن منها سريع . ولاحظ أن الأخيرة قد قامت بامتصاص أكثر من الأولى رغم فراغ الزجاجات ويذكر هذه الكلاب الستة قد أثرت على طرق معاملة الأطفال الرضع أكثر من أي كلاب أخرى في التاريخ .

وقد لاحظت « كنست Kunst » (١٩٤٨) ظاهرة امتصاص الإبهام والأصابع على ١٤٣ من الرضع في أحد ملاجىء الأيتام . وذكرت أن هذا الامتصاص يزداد كلما طالت الفترة التي تلي تغذية الطفل بصرف النظر هل هو نائم أم مستيقظ .

ويبدأ الامتصاص المصحوب بحاجة قوية للتغذية بعد حوالي ٥ر١ – ٢ ساعة من تناول الوجبة السابقة . كما لاحظت أيضاً أنه في حالة انخفاض القيمة الغذائية للبن المصنع تزداد الحاجة لمص الإبهام (كما في حالة تقليل كمية اللبن وزيادة كمية الماء عند تحضير وجبة اللبن الصناعي) .

الوقت الذي يبدأ الأطفال فيه مص أصابعهم :

يبدأ الأطفال مص الإبهام أو الأصبع بعد الميلاد مباشرة . ويزداد تكرار مثل هذا السلوك بسرعة في الشهور الثلاثة الأولى من الميلاد ، ويظل على نفس المعدل حتى سن ٦ شهور . ثم يبدأ في التناقص حتى سن ١٠ شهور . ويميل الأطفال خلال فترة التسنين إلى مص الأصابع أكثر من غيرهم ممن لم يبدأوا في التسنين . كما يميل الذكور أكثر من الإناث إلى عملية المص .

وعملية المص تبدو عملية طبيعية – على الأقل مادام عدد كبير من الأطفال يزاولونها . فقد لاحظ « كلاكنبرج Klackenberg » (١٩٤٩) أن نصف عدد الأطفال الذين درسهم (٢٥٩) والذين يمتصون أصابعهم كانوا في سن عام . كما وجد «برازيلتون Brazyelton » (١٩٥٦) أن ٩٠ ٪ من مجموعة من الأطفال عددها ٧٠ طفلاً متفوقين في نموهم كانوا يمتصون

أصابعهم خلال العام الأول من عمرهم وعندما أكملوا عاماً من عمرهم وجد أن أربعة فقط استمروا في المص .

المص في رأي نظرية التعلم :

ولو كان المص استجابة متعلمة حتى ولو جزئياً وليست حافزاً فطرياً أو غريزياً لوجدنا أن الأطفال الذين مارسوا المص أكثر سيقومون به أكثر وسيكونون أكثر حيوية ونشاطاً في عملية المص سواء المصحوب بالغذاء أو غير المصحوب به اكثر من الرضع الذين مارسوا المص أقل من غيرهم . فنظرية التعلم تقول أن الأطفال الذين يتناولون غذاءهم عن طريق الكوب سيكونون أقل ميلاً لعملية المص حتى المصحوب بتدفق الغذاء، أما الرضع الذين يتناولون غذاءهم عن طريق الثدي أو الزجاجة فسيكونون أكثر ميلاً لعملية الامتصاص كما سيكون الأطفال الذين يتناولون غذاءهم عن طريق الثدي أكثر ميلاً من الجميع إلى عملية المص .

وقد أجريت تجارب كثيرة لإثبات صحة رأي نظرية التعلم . أولها ما قام به « ديفز Davis » (١٩٤٨) حيث قسم عينة من ٦٠ طفلاً إلى ثلاث مجموعات متساوية، الأولى تتغذى من الأكواب – والثانية تتغذى من زجاجات – والثالثة تتغذى من ثدي الأم وذلك خلال الأيام العشرة الأولى من الحياة . وكانت النتائج مدعمة لما تنادي به نظرية التعلم إلى درجة معقولة . فقد كان الأطفال الذين يتغذون من ثدي الأم أقوى ميلاً في استجاباتهم نحو المص من المجموعتين الأخريين ، رغم أن المجموعتين الأخريين لم تختلفا اختلافاً يذكر في ذلك .

ومن التجارب التي حاولت إثبات صحة نظرية التحليل النفسي في تفسير عملية المص التجربة التي قام بها « سيرز ووايز Sears and Wise » (١٩٥٠) ، فقد درسا ٨٠ طفلاً عادياً تتراوح أعمارهم بين ٣ ر ٢ – ١٠ ر ٧ لمعرفة :

(شهر سنة   شهر سنة)

أ – كيف كانت طريقة تغذيتهم ؟

ب – مدة حصولهم على الغذاء عن طريق الامتصاص .

ج – الطريقة التي تمت بها عملية الفطام ومدى قسوتها .

د – ما هي الفروق الهامة الموجودة ؟.

ويلاحظ أن بعض هؤلاء الأطفال تمت تغذيتهم منذ الميلاد عن طريق الكوب ، وبعضهم بدأت تغذيتهم بالكوب بعد أسبوعين من الميلاد . وقد صنفت المجموعة من حيث الفطام إلى :

١ – فطام مبكر　　　　٢ – فطام متوسط　　　　٣ – فطام متأخر

وذلك طبقاً لكمية الامتصاص الكلي المصحوب بالغذاء الذي تلقاه كل طفل . وطبقاً للنظرية الغريزية من التحليل النفسي فإن من المتوقع أن نجد أن المجموعة التي تم فطامها منذ فترة مبكرة سيكون الفطام أكثر إحباطاً لها وستكون أكثر مصاً لأصابعها . لكن الدراسة أثبتت العكس – فقد كان الأطفال المتأخرون في فطامهم هم الأكثر شعوراً بالإحباط والأكثر رغبة في مص الأصابع من المجموعات الأخرى . بمعنى أن الفروق كانت في الاتجاه المضاد لما تقول به نظرية الغرائز . كما تبين أن تكرار مص الإبهام كان أكبر بين المجموعة التي تأخر فطامها عن المجموعة التي فطمت منذ وقت مبكر . كما كان مقدار السلوك الاحباطي الذي أظهره الطفل مرتبطاً بفجائية الفطام . فالذين تم فطامهم فجأة كان الفطام بالنسبة لهم أكثر إحباطاً .

وقد لوحظ أن الشدة التي تم بها عملية إمتصاص اللبن تقل بمرور الوقت عندما تم تغذية صغار الرضع (في الأيام الثمانية الأولى من العمر) بالكوب . وتزداد عندما يحتاج الأمر إلى جهود كبيرة للامتصاص لكي يحصلوا على الغذاء من الزجاجة (برودبيك Brodbeck ١٩٥٠).

وقد تبين للزوجين « بلاووبلاو Blau and Blau » (١٩٥٠) عندما قاما بدراسة طفل واحد وقدما للطفل حلمات تحتاج لقليل من الجهد للحصول على اللبن ذكرا أن الطفل الذي يستعمل الحلمات التي يتدفق اللبن منها بسهولة يستغرق عدداً أقل من الرضعات لكل يوم ويأخذ غذاء أكثر ، وينام في الحال بعد التغذية . ويبكي أقل . ويمتص أقل دون تدفق اللبن . وأقل نشاطاً بين كل وجبتين ، كما يقوم بترجيع أقل للبن .

أما « يارو Yarrow » (١٩٥٤) فقد تتبع ٦٦ طفلاً منهم ٢٨ ولداً ، ٣٨ بنتاً لعدة سنوات وذكر أن ثلثي الأطفال كانوا يمتصون إبهامهم (٦٤٪) من وقت لآخر خلال فترة البحث .

كما وجد أن عدد البنات اللاتي يمتصصن أصابعهن أكثر بعض الشيء عن عدد الأولاد . وأن نصف عدد الذين يمتصون أصابعهم مازالوا يمتصون أصابعهم حتى سن الرابعة . وأن كل الذين امتصوا أصابعهم في أي وقت بدأوا ذلك قبل سن ٦ شهور من عمرهم . و $\frac{٢}{٣}$ هذا العدد قد بدأ قبل سن ٣ شهور . وقد توقف $\frac{٣}{٤}$ الأطفال عن مص الإبهام بوصولهم إلى سن ٦ سنوات (ربما بسبب تهكم زملائهم في المدرسة عليهم) . ولكن البعض مازال مصراً على مص الأصبع حتى سن الثامنة .

ويبدو أنه لا توجد علاقة بين استمرار وشدة مص الإبهام وبين الرضاعة من الثدي أو من الزجاجة أو مع سن الفطام . لكن يبدو أن هناك علاقة في الطفولة (١ – ٦ شهور من العمر) بين مص الإبهام وطول الوقت الذي يتاح فيه للطفل أن يمتص أثناء تناول الطعام . فأولئك الذين يسمح لهم بأن يمتصوا طعامهم في فترة أطول كانوا أقل مصاً لأصابعهم .

مص الأصابع وتكوين الأسنان :

تشير كثير من الدراسات التي قام بها كل من « لويس Lewis » (١٩٣٠ ، ١٩٣١) ، « جونسون Johnson » (١٩٣٩) إلى أن مص الإبهام له تأثير ضار على ظهور الأسنان الدائمة كما أن له تأثيراآخر حيث يساعد على تكوين المعنى العدواني للعض .

فرغم أن تكوين أسنان الطفل يتغير بسبب مص الإبهام – فإن هذه التأثيرات الممكنة لا تحدث إذا انقطع مص الطفل لإبهامه في الوقت الذي تبدأ فيه الأسنان الدائمة في الظهور (خلال العام السابع عادة) .

مص الأصابع والشخصية :

أجريت دراسات عديدة لمعرفة العلاقة بين مص الأصابع والشخصية . فدرست مجموعتان من الأفراد – الأولى ممن يمتصون أصابعهم والثانية لا تمتص أصابعها وقد تبين الآتي :

أولاً : بالنسبة للذين كانوا يمتصون أصابعهم :

(١) شدة وكثرة تكرار امتصاص الأصبع بين أطفال ينتمون لمنازل سعيدة وآباء أفضل تعليماً

(٢) البنات الصغار اللاتي يمتصصن إبهامهن عادة ما يصبحن نساء صغيرات أكثر تكيفا (طبقا لنتائج اختبار رورشاخ للشخصية) . حيث أنهن يصبحن أسهل كثيراً في تقبل دورهن كنساء .

(٣) لا توجد فروق في تكيف البالغين الذكور الذين كانوا يمتصون أصابعهم والذين لم يمتصوا أصابعهم في طفولتهم .

(٤) لوحظ أن الآباء الأفضل تعليماً والأكثر سعادة في حياتهم الزوجية أثناء تهذيبهم للطفل لا يستعملون معه أساليب جافة وقاسية .. لذلك فإن الطفل لا يتخلى بسهولة عن مص الأصبع .

وعموماً فإن مص الأصابع أمر يتكرر كثيراً – بل إنه أمر عادي – وصورة من صور النمو التي قد تزود الطفل بارتياح واطمئنان . ومثل هذا الأمر لا يدلل على أن هذه العادة تمثل أعراضاً عصابية في كل الحالات ، وإن كانت مؤشراً قد تكون له دلالة على سوء توافق الطفل . وأفضل طريقة لعلاجها ألا نستخدم القهر وغيره من الوسائل لمنع الطفل من القيام بها – لأنه إذا كانت كل الظروف ملائمة فإنه سيتخلى عنها في الوقت المناسب خاصة عندما تتعدد مصادر الإشباع فيما بعد وتكون العلاقات في جو الأسرة وخارجها علاقات حانية مشبعة .



قضم الأظافر

مقدمـــــة :

يشكو كثير من الآباء والمدرسين من أن كثيراً من الأطفال والتلاميذ يقضمون أظافرهم ـــ بدرجات مختلفة بعضها يصل إلى أسفل مستوى الجزء الطري من الجلد المحيط بالظفر . وقد اهتم بعض علماء النفس بهذه الظاهرة وبدأوا دراستها دراسة علمية عن طريق استفتاءات، سئل فيها عدد كبير من المدرسين أن يحددوا عدد التلاميذ اللذين يقضمون أظافرهم في فصولهم . وقد تضمن الاستفتاء المعايير التالية للحكم على درجة القضم :

١ – تحديد التلاميذ الذين لا يقضمون أظافرهم بتاتاً (أي أن الجزء الحر من الظفر والذي يعلو الطبقة الطرية من اللحم كامل وسليم) ويعطى (صفر) .

٢ – قضم طفيف (الجزء الحر لواحد أو أكثر من الأصابع نجده غير منتظم من القضم) ويعطى (١) .

٣ – قضم متوسط (الجزء الحر من الظفر غير موجود ومقضوم حتى الجزء اللين من اللحم) يعطى (٢) .

٤ – قضم حاد (الظفر تم قضمه حتى أسفل الجزء الطري من اللحم) ، ويعطى (٣) .

وقد وجد « فالنستاين وآخرون » ، « Valenstine et al » (١٩٥٥) أن حوالي ٦٠٪ من الأولاد ، و ٦٠٪ من البنات تقريباً بين سن ٨ ، ١١ من العمر نتيجة لهذه الدراسة يقضمون أظافرهم ولكن بدرجات متفاوتة . اشترك في تطبيق الاستفتاء مجموعة من المدرسين المتطوعين الذين كانوا يرتادون برنامجاً دراسياً لفترة محددة بمعهد التعليم بجامعة شيفيلد . دربوا على تطبيق الاستفتاء وتصحيحه ورصد درجاته وأعطى كل مدرس ورقة مطبوعة بها التعليمات والوزن الذي يعطى لكل إجابة (أي الدرجة) وفيما يلي بيان بالعينة وفريق البحث :

عدد المدرسين الذين قاموا بالبحث	عدد التلاميذ	مدى العمر في العينة
٧٨	٤٢٢٣ ١٦٩٢ من الإناث ٢٥٣١ من الذكور	٥ – ١٦

وتشير نتائج البحث إلى الآتي :

١ ـ نصف العينة تقريباً (ذكور أو إناثاً) يقضمون أظافرهم إلى حد ما ـ منهم ٥١ ٪ يقضمونها بحدة ، ٤٩ ٪ دون حدة

٢ ـ بصفة عامة نجد أن الأولاد يقضمون أظافرهم بحدة أكثر من البنات حيث كانت الفروق بينهما دالة إحصائياً وهذه الفروق الواضحة بين الذكور والإناث كانت قائمة في الأعمار بين ٧ ـ ١٥ . أما أقل من سن ٧ فيبدو الأولاد أقل قضماً حاداً من البنات . ولكن أكبر نسبة من القضم الحاد في أي سن كانت سن ١٢ سنة بالنسبة للأولاد .

٣ ـ في علاقة قضم الأظافر بالقلق . فمن المهم أن نذكر أنه لا توجد علاقة واضحة تشير إلى زيادة قضم الأظافر في وقت الإمتحانات لدى الأفراد في سن ١٠ .

قضم الأظافر في المدارس المختلفة :

احتوت عينة البحث على أفراد في سن المدرسة الثانوية وينتمون لمدارس ثانوية متعددة ومدارس فنية ومدارس خاصة ومدارس متخصصة وإن كانت الأخيرة قليلة في العدد بحيث تسمح بالمقارنة وقد قورنت عينة المدارس الابتدائية بالثانوية وتبين الآتي :

١ ـ أن تلاميذ المدرسة الابتدائية أقل قضماً لأظافرهم من تلاميذ المدرسة الثانوية .

٢ ـ عندما قسمت العينة إلى ذكور وإناث كانت الفروق بينهما مساوية لثلاثة أضعاف الخطأ المعياري ولذلك فهي تعد فروقاً ذات دلالة هامة .

متى يقضم الأطفال أظافرهم ؟

سئل ٤٧٣ من الأطفال الذين يقضمون أظافرهم بحدة من كلا الجنسين وتتراوح أعمارهم بين ٨ ـ ١٠ وينتمون لخمس مدارس متوسطة ـ سئلوا بصفة شخصية عن الظروف التي يقضمون أظافرهم فيها .

ـ أجاب أكثر من نصف العدد (٥٣ ٪) بقولهم أنهم لايعرفون متى يقضمون أظافرهم أو قالوا أنهم لا يقضمونها في أوقات معينة .

- كما ذكر ٢٣ ٪ منهم أنهم يقضمون أظافرهم كثيراً في السينما أو أمام التليفزيون .
- و ٨ ٪ يقضمون أظافرهم عند قراءة كتاب مثير ، أو سماع قصة مثيرة أو رؤية حادثة مثيرة عن طريق فيلم أو تليفزيون .
- ١١ ٪ قالوا أنهم يميلون إلى قضم أظافرهم عندما يركزون انتباههم في المدرسة .
- ٥ ٪ يقضمون أظافرهم أساساً عند الملل. وأشار نصف هذا العدد إلى حدوث القضم عند النوم وواحد فقط من المجموعة الأخيرة أشار إلى أنه يقضم أظافر رجليه أيضاً .
- ٢ ٪ من العينة أشارت إلى الضيق والغضب المكتوم كعوامل مرتبطة بقضمهم لأظافرهم .
ويجب علينا أن نلاحظ أن هناك جوانب أخرى لم تتضمنها الدراسة مثل :
- أن هناك بعض التلاميذ قد كفوا عن قضم الأظافر من فترة وجيزة قبل الدراسة .
- أن هناك بعض التلاميذ بدأوا حديثاً عملية القضم .
- أشار بعض المدرسين أن هناك البعض الذي يقضم أماكن أخرى غير الأظافر مثل :

أ - قضم اليد في أماكن معينة .

ب- القضم في ظهر اليد .

ج - قضم الجلد المحيط بالأظافر .

د - هناك البعض الذي بدا على أنه من قاضمي الأظافر الحاد - أظافرهم مشوهة باستخدام أيديهم في نزع الظفر وليس الأسنان .

الأسباب التي تؤدي الى قضم الأظافر :

يشير بعض الباحثين إلى أن عملية قضم الأظافر تعد تعبيراً عن العدوان المكبوت والتكيف الوجداني السيىء أو القلق . ويذكر « هادفيلد Hadfield » (١٩٥٠) أن الطفل الذي يعجز عن إيجاد مخرج للعدوان ضد الآخرين - يخرج عدوانه عن طريق قضم أظافره . كما يذكر « إنجلش وبيرسون English and Pearson » (١٩) أننا يجب أن ننظر إلى قضم الأظافر

كعلامة على التكيف الوجداني السيىء . أما « بارتون هول Barton Holl » (١٩٤٧) فإنه يتفق على أن هناك حالات يبدو فيها عامل القلق والإحباط واضحاً كما نجد فيها الأظافر قد تشوهت تماماً بالقضم الحاد ويرى أن أغلبية حالات قضم الأظافر الحاد هي عادة استجابية وليست ذات أهمية خاصة اللهم إلا في حالة اعتبار أن الأطفال الذين يتميزون بهذه العادة هم في الغالب ذوو طبيعة تتميز بالنشاط الزائد والحيوية الزائدة وعدم الاستقرار .

وهناك أسباب عديدة لعدم الاستقرار يمكن أن نلخصها فيما يلي :

أولاً : أسباب جسمية ووراثية :

قد يكون لدى الطفل حالة جسمية يتسبب عنها عدم الاستقرار والعصبية مثل الإصابة بالديدان وتضخم اللوز أو الزوائد الأنفية التي تؤثر على كفاية التنفس إلى جانب سوء الهضم والاضطرابات الغددية وكل ما يؤثر في الصحة العامة تأثيراً سيئاً .

أما من الناحية الوراثية فقد يرث الطفل بعض الخصائص التي تساعد على تكوين صفة العصبية أو عدم الاستقرار وهو احتمال واقع ولكن — ان مصادر الوراثة والبيئة تتفاعلان معاً وتكونان حلقة متصلة الأجزاء يقوي كل منهما الآخر .

وقد تصاحب العصبية وعدم الاستقرار بالضعف العقلي أو الغباء في بعض الحالات . ويظهر أن المتأخرين في ذكائهم أقل من غيرهم قدرة على توجيه نشاطهم وتوحيده وضبط حركاتهم وتنسيقها لذا نجدهم متأخرين في النمو الحركي وقد يستمر التأخر إلى فترة طويلة من حياتهم . كما أن عدم قدرتهم على مسايرة زملائهم ممن في سنهم في ألعابهم وحركتهم ونشاطهم يجعلهم يتضايقون ويتصفون بالعصبية وتزداد حالتهم سوءاً . مما يجعلهم يقضمون أظافرهم .

ثانياً : الأسباب النفسية :

قد يرجع عدم استقرار الأطفال وعصبيتهم إلى عدة أسباب نفسية أهمها :

١ — الشعور بالبؤس الناشىء عن عجزه عن تحصيل المستوى الذي يتمناه — أو الناشىء عن عدم توافر القدرة أو الفرصة لتحصيل المستوى الذي يتمنى الوصول إليه . كما في حالة التأخر في قدرة عقلية أو حسية أو جسمية معينة . وعندما يكون الطفل قد حرم من مميزات يتحلى بها اخوته فيفضلون عليه . وعندما يحرم من التقدير والاهتمام .

٢ – وجود الطفل في أماكن يشعر فيها بالشقاء ويقضي فيها جزءاً كبيراً من وقته كل يوم كالمدرسة والمنزل يمكن أن يؤدي إلى عصبيته وعدم استقراره . والمكان الذي يشعر الطفل فيه بالشقاء هو المكان المملوء بالمعوقات التي تقف دون تحقيق حاجاته المختلفة كالحاجة إلى الحرية واللعب والحركة والسلطة الضابطة المتزنة الحازمة غير المتذبذبة والحاجة للعطف والشعور بحنو من حوله وعطفهم عليه وحبهم له والحاجة للنجاح .

ولا تميل العادات المتصلة بالفم لأن تزول بسرعة مع تقدم العمر كما هو متوقع بل قد تميل لأن تتعدل. فمص الأصابع في السنوات الأولى قد يؤدي إلى قضم الأظافر أو تقريب اليدين من الشفاه . ورفاق الطفل يكونون عادة مصدراً للضغط الاجتماعي عندما يسخرون منه ويسمونه صغيراً . وهذا الأمر ولو أنه قد لا يكون علاجاً مثالياً إلا أنه لا مفر منه . والاستمرار في قضم الأظافر حتى البلوغ علامة لا تدل على التكيف وترتبط بعوامل كثيرة أخرى .

ويبدو أن العادات المتصلة بالفم تحدث بين الأطفال الذين يقل وزنهم عن الوزن العادي . كما أن هناك ما يشير إلى أن بعض الأطفال يكتسبون العادات المتصلة بالفم عن طريق اتصالهم بأطفال تصدر عنهم هذه العادات عن طريق التقليد .

ويمارس الطفل هذه العادة عندما يستثار انفعالياً ، أو في حالات التعب الشديد أو في حالات الإهمال أو الحرمان . ولكن عندما ينهمك الطفل في عمل أو نشاط يستخدم فيه كلتا يديه فإنه لا يلجأ إلى مثل هذه العادات إلا نادراً . وأظهرت بعض الدراسات أن الأطفال ذوي العادات الفمية البارزة تتكرر اصابتهم بالتهاب الحلق أكثر من الأطفال الآخرين عموماً .

ويستخدم البعض وسائل معينة لمنع الأطفال من قضم أظافرهم أو مص أصابعهم منها : غطاء معدني للإبهام أو من القماش الخشن ، أو وضع جبيرة للذراع للحد من حركته أو دهن الإبهام والأصابع بمادة مرة المذاق – ولكن كل هذه الوسائل ليست علاجاً سليماً ، بل أن نتائج مثل هذه الإجراءات قد يكون أشد خطراً من العادات نفسها . فمثل هذه العادات (قضم الأظافر وغيرها من العادات الفمية) ما هي إلا أعراض شبه إرادية تقاوم التغيير والعلاج .

أما العلاج الصحيح فيكمن في الاتجاهات الحديثة في العناية بالطفل والاعتراف بالحاجات الأساسية في مرحلة الرضاعة وضرورة إشباعها بصورة سليمة الأمر الذي يقلل من تكوين العادات غير السليمة المتصلة بالفم . كما أنه من المفيد أن نتيح للطفل الكثير من فرص التدريب على القضم ومضغ الطعام ، وتشجيع الأطفال الأكبر سناً على النشاط المتصل بالفم كمضغ اللبان والشرب من العصا المثقوبة .

ويرى بعض الباحثين أن قضم الأظافر ومص الأصابع عند الأطفال إنما هو دليل واضح وملموس على خيبة الآباء وفشلهم في عملية التطبيع الاجتماعي . وعادة قضم الأظافر عادة مذمومة لا تسترعي الانتباه فقط بل قد تدعو إلى الانتقاد كما أن الناس قد يكرهون ذلك في غيرهم وينفرون منـــه .

ويبدو أن الأطفال الذين يقضمون أظافرهم أطفال مسرفون في النشاط ، فيهم سرعة واضطراب وحركة ، ويبدو أن كل شيء يسجل على أعصابهم أثراً بالغاً ولذلك كان من المهم أن نصرف الطفل إلى الرياضة خارج الدار في صحبة غيره من الأطفال وأن يتجه الآباء إلى النظر إلى المشكلة على أنها تشمل الطفل كله لا أظافر يديه فقط .

وقد يكون في إثارة اهتمام الطفل وحماسته ورغبته بالمحافظة على أظافر يديه قصيرة نظيفة مثل اخوته أو أمه ما يبعث في الطفل الاهتمام ببلوغ هذا المستوى . كما أننا نحذر الآباء من المبالغة في الانتباه الى هذه العادات الممقوتة – ولا يعني ذلك أن يتجاهلوها كلية – بل إرشاد الطفل إلى التخلص منها شيئاً فشيئاً . لأننا إذا بالغنا في أهمية ذلك الأمر أدى هذا إلى توجيه أنظار الأسرة كلها إلى الطفل يناقشون أمره ويرون فيه الشذوذ ، فيستمد الطفل من هذا الأمر جانباً من الرضى اللاشعوري – ثم سرعان ما يكتشف كيف يستغل هذا الاهتمام بأمره ، وأشد ما يقوي العادة عند الطفل هو تكرار نهيه عنها ، وهذا هو أقرب طريق لدفعه إلى العناد والمقاومة .

والأفضل أن نحول نشاط الطفل إلى سبل أخرى دون إدراك منه لذلك وإذا أحسنا اختيار تلك السبل ووجدت من الطفل اهتماماً – فسرعان ما تحل الميول الجديدة محل القديمة ، وسرعان ما ما تختفي العادة الممقوتة وتنقضي .



تأثيرات العلاقات الأسرية غير المرغوبة على الطفل

- تؤدي إلى شعور بعدم الأمن والإطمئنان .

- تجعل الطفل يشعر بأنه غير محبوب وغير مرغوب فيه من الناس المهمين لديه .

- ينمو لدى الطفل شعور بعدم التلاؤم بسبب النقد المستمر وإبراز العيوب السلوكية الموجودة فيه .

- يؤدي إلى تعلم أنماط من السلوك في المنزل تجعله غير محبوب بين زملائه .

- تؤدي إلى زيادة ميله وحماسه نحو تكوين صلات بالناس الآخرين خارج المنزل .

- تنمي في الطفل الانتهازية والتمرد نحو الناس عامة .

- تنمي لدى الطفل عادة المقاومة ضد كل أنواع السلطة .

- تكون لدى الطفل اتجاهات انهزامية تجعله دائماً بعيداً عن القيام بأحسن ما لديه مهما كان العمل صغيراً .

- تؤدي إلى اضطرابات وجدانية وتعاسة .

- تخلق رغبة في الهرب من المنزل أو تجنب أعضاء الأسرة كلما أمكن ذلك .

مراجع الفصل الثاني

— Blaw, T.H., and Blaw, Lili R. 'The sucking reflex : the effects of long feeding vs. short feeding on the behavior of human infant.' J. Abnorm. Soc. Psychol., 1955, 51, 123–125.

— Brazelton, T.B. 'Sucking in infancy.' Pediatrics, 1956, 17, 400–404.

— Davis, H.V., Sears, R.R., Miller, H.C., and Brodbeck, A.J. 'Effects of cup, bottle and breast feeding on oral activities of newborn infants.' Pediatricts, 1948, 3, 459–558.

— Douglas, J.W.B., and Ross, J.M. 'The later educational progress and emational adjustment of children who went to nursingschools or classes.' Educ. Res., 1964, 7, 73–80.

— Glidewell, J.C., Domke, H.P. and Kantor, M.B. 'Screening in schools for behavior disorder : use of mothers' reports of symptoms.' J. Educat. Res., 1963, 56, 508–515.

— Johnson, L.R. 'The status of thumb-sucking and finger-sucking.' J. Amer. Dent. Ass., 1939, 26, 1245–1254.

— Klackenberg, G. 'Thumb-sucking : freequency and etiology.' Pediatricts, 1949, 4, 418-424.

— Kunst, May S. 'A study of thumb-and finger-sucking in infants.' Psychol. Manager., 1948, 3.

— Levy, D.M. (1943). Maternal overprotection, New York : Columbia University Press.

— Lewis, S.J. 'Thumb-sucking : a cause of malocclusion in the deciduous teeth.' J. Amer. Dent. Assn., 1930, 17, 1060–1072.

— ————————. 'Undesirable habits influencing the deciduous dentition.' J. Amer. Dent. Assn., 1931, 18, 1766–1778.

— Sears, R,R.. and Wise, G.W. 'Relation of cup feeding in infancy to thumb-sucking and the oral drive.' Amer. J. Orthopsychiat., 1950, 20, 123–138.

— Yarrow, L.J. 'The relationship between nutritive sucking experiences in infancy and non-nutritive sucking in childhood.' J. Genet. Psychol., 1954, 84, 149–162.



الفصل الثالث

النَّوْم

النـــوم

مقدمـــة :

يستغرق الطفل حديث الولادة معظم وقته في النوم وإن اختلف الأطفال في عدد ساعات النوم اللازمة لكل منهم . ورغم صعوبة تحديد العدد من الساعات اللازمة لكل طفل إلا أنها تتراوح بين ٢٣ ساعة في الشهر الأول إلى ٨ر١٩ في عمر أربعة شهور ، إلى ٦ر١٥ ساعة في عمر ٢٤ شهراً . فالطفل حديث الولادة يميل إلى كثرة النوم . والأم التي تهتم بأمور طفلها تلاحظ أن مدة النوم تتغير من يوم لآخر ، وأنه كلما تقدم الطفل في العمر قل نومه نسبياً عما سبق إلى أن تصل مدة النوم إلى ثماني ساعات تقريباً عند البالغين ولا يقل عن ذلك عادة إلاّ في مرحلة الكهولة .

وحاجة الطفل الصغير إلى النوم حاجة طبيعية ، لأن عملية النمو السريع تستهلك معظم الطاقة الحيوية الموجودة بالجسم فلا يبقى منها إلا القليل للأنشطة الأخرى التي يقوم بها الطفل أثناء اليقظة ، ومعدل سرعة النمو يقل تدريجياً بتقدم الطفل في العمر . وبالتالي فإن كمية الطاقة المتبقية – بعد عمليات البناء والهدم التي قل معدلها – تزداد تدريجياً وتتجه نحو الأنشطة الأخرى فتزادد فترات صحو الطفل ونشاطه . وسواء كان هذا الأمر أو ذاك فإنالطفل في حاجة إلى راحة من الجهد المبذول وتعويضه بالنوم . ومن يلاحظ الطفل أثناء يقظته يجده دائب الحركة لا ينقطع نشاطه ، فهو يجري ويمشي ويقفز ويتأمل ويفكر ويمرن عضلات يديه ورجليه وأعضاء نطقه وجميعها أمور هامة لفهم عالمه المحيط به من جهة – ومن جهة أخرى تؤدي إلى كسب مهارة عقلية وحركية تمكنه من حسن التعامل معه والملاءمة له ، وبذلك يصبح أكثر شعوراً بالأمن فيه وأجرأ على تناوله وتكييفه لرغباته وحاجاته . كل هذا يستنفذ منه مجهوداً كبيراً ، يصرف أغلبه في صورة لعب لذيذ ، هذا المجهود الكبير الذي لابد له من تعويضه عن طريق الغذاء والراحة .

ويرجع عدد ساعات النوم التي تلزم الشخص العادي إلى مجموعة من العوامل منها حالته

الجسمية من حيث الصحة العامة ، والتغذية ، والحالة النفسية من حيث الهدوء والاضطراب ، كذلك الظروف التي ينام فيها الفرد من تهوية ورطوبة وحرارة وسكون وغير ذلك .

أهمية النوم بالنسبة للإنسان :

كلنا ننام إبتداء من الظلام الذي ولدنا منه إلى الظلام الذي سننتهي إليه وهناك ظلام آخر يحل بنا كل يوم من أيام حياتنا يبدأ بالغروب وينتهي بالشروق . إننا نقضي ثلث حياتنا تقريباً في النوم – فترة نبدو فيها كما لو كنا نعيش بعيداً عن عالمنا الواقعي .

والنوم حالة مألوفة للجميع ، ومما يدهش أننا لا نعلم عنه إلا القليل جداً . وهناك أوقات نتمنى فيها ألا ننام إلا القليل جداً ، كالليالي التي تسبق الامتحانات أو مناقشة البحوث لأننا نود أن نستفيد من كل الوقت في الدراسة وربما سمعنا عن أناس ظلوا دون نوم لفترات طويلة ومازالوا يقومون بعملهم خيرقيام (كالأطباء في المستشفيات والجنود في المعارك) وهذه الحالات تثير سؤالاً هاماً حول أهمية النوم وتأثيره بالنسبة لأدائنا العام ، وما هي كمية النوم الممكن الاستغناء عنها حتى يبدأ التعب وتبدأ النتائج السلبية لعدم النوم ؟ . وربما كان في بحوث الحرمان التام من النوم إجابة كافية على هذه الأسئلة .

ففي سنة (١٩٥٩) بقي « تيتر تريب Teter Tripp » وهو شاب في سن ٣٢ عاماً (مذيع للاعلانات في برنامج إذاعي) دون نوم لمدة ٢٠٠ ساعة في كوخ صغير بميدان التايمز . وخلال هذه الفترة من عدم النوم – تردد عليه عدد من الأطباء وقاموا بفحوص دورية له كما طبقوا عليه اختبارات في الأداء وأخرى نفسية . كان « تريب » يجاهد منذ البداية حتى لا يقع نائماً وبعد يومين بدأت تظهر عليه الهلاوس البصرية فكان يرى عناكب تجري في حذائه . وبعد ١٠٠ ساعة أصبحت ذاكرته ضعيفة تماماً ، كما أصبح يؤدي إختبارات الأداء بصعوبة بالغة ، وأصبحت الهلاوس مخيفة ومرعبة له بمرور الوقت ، فقد أصبح يرى بدلة الطبيب البيضاء كجلد الديدان الشوكية ، وعندما ذهب إلى فندق قريب من نفس المكان لتغيير ملابسه رأى حريقاً في أدراج مكاتب الإدارة .

ولكي يفسر لنفسه هذه المرئيات قرر أن النار أشعلها الأطباء ليخيفوه وليختبروه . حتى المعادلة الجبرية التي كان يحلها بسهولة ويسر أصبح يجد صعوبة كبيرة في حلها وأصبح يخاف من العجز عن حل أي مشكلة تصادفه ، ويكافح ليؤدي عملاً ما . ولاحظ العلماء أن « تريب » مذيع إعلانات راديو نيويورك الذي يمتع الناس بطريقته يحاول دون جدوى أن يتذكر الحروف الأبجدية .

و بعد ١٧٠ ساعة أصبحت المقاومة العنيفة غير محتملة حتى في ملاحظتها . وفي نفس الوقت لم يعد « تريب » متأكداً أنه هو نفسه ، كما حاول كثيراً أن يؤكد تماسك شخصيته . ورغم أنه كان يسلك كما لو كان متيقظاً – كانت الموجات المخية – التي تحددها أجهزة معينة – تشبه الموجات المخية للنائم . وفي حالاته المرضية كان يرى الأطباء على أنهم ضده ويعملون على إرساله إلى غرفة الإعدام . وبعد ٢٠٠ ساعة دون نوم كثرت الأحلام المزعجة الليلية المصحوبة بهلاوس (الكابوس) وكان يرى أنه ضحية حالة سادية لتنظيم سري من الأطباء .

وقد تبين من الدراسة أن تدهور الأداء كان نتيجة لفترات يكون الشخص فيها غير قادر على الاستجابة وليس نتيجة لتدهور عام في القدرة . وخلال هذه الفترات تظهر خصائص موجات المخ كخصائص موجات مخ النائم . وعامل هام آخر في هذه الدراسة – أن جميع أعراض فقد النوم بما في ذلك الحالات المتطرفة من الحرمان من النوم تختفي لمجرد نوم ليلة واحدة . وهذا الشفاء السريع يثير عدة تساؤلات حول كمية النوم الضرورية ليظل الفرد في حالة طبيعية من حيث الأداء الوظيفي . أما التغيرات الفسيولوجية التي تترتب على عدم النوم فلم تتحدد بعد بوضوح .

أسباب النـــوم :

اختلف الكثيرون حول الأسباب التي تدعو إلى نوم الإنسان . فالبعض يعتقد أن الإنسان يظل يقظاً بسبب المنبهات الخارجية عن طريق أجهزة الإحساس المختلفة ، وأن النوم هو قلة هذه المنبهات أو ضعفها إلى درجة يصبح الإنسان بعدها أكثر استعداداً للنوم .

وكان البعض يعتقد أن الإنسان ينام لأن نتائج احتراق الطاقات المختلفة من مواد سامة أو شبه سامة تسبب النوم – وكلما تراكمت هذه المواد كان الجسم أكثر حاجة للنوم . ومن المعروف أن هناك مراكز عليا في الدماغ تتحكم في أنشطة الجسم المختلفة مثل التنفس والشهية وضغط الدم ... الخ ، وأن هناك مركزاً علوياً يتحكم في النوم . وثبت أخيراً أن هناك مركزاً يتحكم في حالة اليقظة يسمى التكوين الشبكي ويوجد في المخ المتوسط ، هذا المركز يحفظنا متيقظين فإذا ما انتهى من عمله بدأنا في النعاس . ويقول بافلوف أن النوم يمثل حالة كف عن العمل . بمعنى أنه إذا كف المركز عن العمل أخذ النوم سبيله إلينا . ولذلك فمن الممكن أن يغزونا النوم بطرق مختلفة منها البعد عن الضوضاء والرتابة والهدوء ، وهي تساعد على كف مركز اليقظة عن العمل . ونحن نستيقظ في حالة وصول منبه ما – قد يكون ألماً أو إنذاراً ، وهذا المنبه ينتقل عن طريق المسارات العصبية الصاعدة حتى يصل إلى المخ المتوسط وينقله التكوين الشبكي إلى الرأس عن طريق الأعصاب فنستيقظ على الفور إذا كان المنبه قوياً – أما إذا كان ضعيفاً فيؤدي إلى أن ينقلب الفرد في مكانه أو تتحرك عيوننا أو تهتز رموشنا لفترة قصيرة .

هل يتوقف نشاط الكائن أثناء النوم ؟

لا نستطيع أن نصف حالة النوم بأنها توقف كامل للنشاط ، ولكنه حالة يقل فيها الإنتباه إلى المنبهات الخارجية أو البيئية أو يتوقف فيها هذا الاهتمام . وهناك بعض الأدلة على أنه يوجد أثناء النوم نوع من النشاط المستمر والذي يختلف بالطبع إلى حد ما عن اليقظة وأهم أوجه هذا النشاط ما يلي :

١ – تستمر حركات الجسم وتقلباته والغرض منها حماية النائم .

٢ – يزيد مجرى الدم في المخ أثناء النوم عنه أثناء اليقظه .

٣ – ينشط الجهاز الباراسيمبثاوي من مجموعة الجهاز العصبي اللاإرادي أثناء النوم ويفوق في نشاطه الجهاز السيمبثاوي .

٤ – إن بعض المشاكل الفكرية والإنفعالية تجد لها بعض الحلول أثناء النوم ، أي أننا ننام على المشكلة ونصحو صباحاً لنجد أن الحل موجود بوضوح أمامنا ، ويسمى ذلك بالتفكير اللاشعوري .

٥ – يصبح التعلم أفضل إذا أعقبنا هبالنوم ، حيث أن عملية التداخل بين العناصر المختلفة لما نتعلمه تقل أثناء النوم ، وبالتالي فعملية التدعيم تأخذ مجراها أثناء النوم ، وهذا أحد أوجه النشاط الذي يحدث أثناء النوم .

٦ – وإن كان يبدو على النائم أنه غير منتبه للمنبهات الخارجية – إلا أن عدم الإنتباه يأخذ مجرى إنتقائياً ، فالأم تنام نوماً عميقاً وصوت السيارات والزحام والشجار والحركة الدائبة والأصوات العالية في الخارج ، ولكنها تصحو في الحال عند سماع أنين طفلها . مما يدل على أن بعض الأجهزة في حالة نشطة لالتقاط مثل هذه المنبهات المنتقاه .

٧ – يشعر بعض الأفراد ببعض الهلاوس السمعية والبصرية إما أثناء النوم في أو الفترة بين النوم واليقظة . فيسمع إنساناً يناديه أحياناً أو يتكلم أثناء النوم .

٨ – تزيد النوبات الصرعية الكبيرة أثناء النوم ، وأحياناً لا تظهر إلا في هذه الفترة وتختفي أثناء النهار والصحوة .

أنواع النـــوم :

أثبتت البحوث العلمية أن هناك نوعين من النوم . الأول يسمى بالنوم الكلاسيكي (أو النوم البطيء أو النوم السوي أو نومقشرة لحاء المخ). وهذا النوع يتميز بأنه لا تصاحبه حركات العين السريعة . والنوع الثاني يسمى بالنوم النقيضي (أو النوم الغارق أو السريع أو النوم الحالم – أو نوم جذع المخ (. وهذا النوع يتميز بحركات العين السريعة ، وتحدث أثناء ه الأحلام والمشي أثناء النوم .

التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للنوم :

تحدث أثناء النوم تغيرات مثل :

١ – إنخفاض سرعة التنفس .

٢ – إنخفاض سرعة دقات القلب وإنخفاض ضغط الدم .

٣ – هبوط درجة الحرارة وانخفاض سرعة الاحتراق .

وكل هذه التغيرات تحدث لمجرد الاسترخاء الجسماني والعقلي التام في حجرة هادئة .

أما في حالة النوم النقيضي :

فتحدث حركات العين السريعة – كما يشير رسم المخ الكهربائي « E E G» إلى أن النوم في هذه الفترة يكون خفيفاً ، ويصاحبه نشاط في كل الأجهزة وتزداد حركة التنفس وسرعة دقات القلب وضغط الدم وإفراز المعدة كما يحدث إنتصاب في الأعضاء ذات الحلايا الإسفنجية .

ويحدث النوم الكلاسيكي في أول الليل بكثرة بينما يكثر النوع الثاني وتطول فتراته في النصف الثاني من الليل وهو النوع الذي تكثر فيه الأحلام ، كما يقال أن الصورة المرئية في أحلام النوع الثاني من النوم – تكون واضحة وأكثر تعقيداً وتحتوي على موضوعات وجدانية وذلك على عكس أحلام النوم الكلاسيكي التي تكون صورها باهتة وتكون أصعب في التذكر .

اضطرابات النـــوم :

١ - الأرق : Insomania

يعتبر الأرق من أكثر الأعراض النفسية شيوعاً ، وغالباً ما يكون سببه مرضا نفسيا أو صراعا واخليا أو عقليا ، أو يكون نتيجة لاضطراب وجداني أو إنشغال الفرد بمشاكل الحياة .

وعندما يكون الأرق خفيفاً فإن إشعار الطفل بالأمن والطمأنينة كفيل بأن يؤدي إلى راحته ونومه في استرخاء . أما إذا اشتد الأرق فقد يكون عرضاً هاماً من أعراض الأمراض النفسية والعقلية . وبعض الأفراد من مرضى القلق يصيبهم الأرق في أول الليل ولكنهم ينامون في الصباح ، أما مرضى الاكتئاب العقلي فنجدهم ينامون في أول الليل ويستيقظون حوالي الثالثة أو الرابعة صباحاً ولا يستطيعون العودة إلى النوم ثانية .

٢ - الكابوس والفزع الليلي : Nightmares

وهما نوعان من الحالات يصاحبهما الخوف ويسببان قلقاً شديداً لصاحبهما وللأسرة من حوله. والكابوس يحدث في أي سن من الطفولة إلى الشيخوخة وفيه يرى الحالم في هذه الأحوال حلماً مزعجاً ويصحو في حالة خوف شديد ، ويصاحب هذا الشعور زيادة في ضربات القلب وسرعة في التنفس ويتذكر الشخص الحلم بوضوح وسرعان ما يهدأ ويستعيد النوم ثانية .

ويحدث الكابوس أثناء النوع الثاني من النوم المسمى بالنوم النقيضي - أي النوم المصحوب بحركات العين السريعة ، ولذا يكثر الكابوس إذا كثر هذا النوع من النوم . وهو يكثر لدى من كان يتعاطى كمية كبيرة من التربتوفين « Tryptohane » وهو أحد الأحماض الأمينية أو من يتعاطى العقاقير المهدئة أو المنومة .

وقد يحدث الكابوس لدى الأطفال من قراءة القصص المخيفة أو مشاهدة الأفلام المزعجة ، أو من التهابات الحلق التي تسبب ضيقاً في التنفس أو امتلاء المعدة أو خوف الطفل الشديد من قسوة والديه . ومعرفة السبب تسهل القضاء على الكابوس مع اتخاذ بعض الاحتياطات الأخرى كالعناية با لحالة الصحية وتنظيم مواعيد وأماكن النوم .

أما الفزع الليلي فهو نوع آخر ويحدث للأطفال فقط في الأعمار المبكرة ويختفي بعد البلوغ وهنا نجد أن الطفل يصحو من النوم ويجلس في سريره صارخاً في فزع شديد مع شحوب في اللون وعرق بارد ، ويستمر كذلك لفترة محددة يكون الطفل أثناءها في حالة من الذعر و لا

يستجيب لطمأنة وتهدئة والدته ثم بعدها ينام نوماً طبيعياً . وفي الصباح الباكر لا يتذكر شيئاً عن حالته السابقة . وأغلب حالات الفزع الليلي تنتج عن صراع شديد لدى الطفل قد يكون ناتجاً عن اضطراب شديد في أسلوب معاملة كل من الوالدين له وقسوة وعنف أحدهما . ويعتقد فرويد أنه ينتج من رؤية الطفل للجماع بين والديه وما يحدث للطفل من آثار نفسية بناء على ذلك .

٣ – كثرة النـــوم : Somnolence

قد تكون كثرة النوم تعبيراً عن صراع نفسي أو هروب من واقع معين – كذلك قد تكون تعبيراً عن حالة من الاكتئاب والقلق كما في بعض الأمراض العصابية . وفي هذه الحالة يكون النوم نوعاً من أنواع النكوص بعيداً عن آلام الحياة الخارجية . وقد يحدث أحياناً انقلاب في مواعيد النوم ، فينام الفرد نوماً عميقاً في الصباح المبكر ويصحو بعد الظهر ويكون في أحسن حالات التنبه عندما يأوي الناس إلى فراشهم في المساء . ولا يغيب عنا أن كثرة النوم قد تكون عرضاً من الأعراض الهامة لبعض الأمراض العامة مثل : فقر الدم ، نقص الفيتامينات ، الحمى المخية ، الالتهاب السحائي ، هبوط مستوى أداء الكلية والكبد وغير ذلك من الأمراض .

٤ – شلل النـــوم : Sleep paralysis

وهو حالة من فقدان القدرة على الحركة تنتاب النائم وهو بين النوم واليقظة . فيحلم الفرد أن اللص يهاجمه أو أن حيواناً مفترساً يقترب منه ولكنه لا يستطيع الصراخ أو الحركة أو الجري وتستغرق من ثوان إلى دقائق ، ولكن الثواني تمر ببطء شديد . ولقد فسرت هذه الظاهرة على أنها إنقلاب سريع من النوع الأول من النوم إلى النوع الثاني والعكس ، وهنا يصحو الفرد فجأة ولكن جسمه في حالة من الارتخاء الشديد المميز للنوع الأول من النوم الكلاسيكي .

٥ – قفزات النـــوم : Startling

وهي حالة تحدث عند بداية النوم حيث يشعر الفرد كما لو كان يسقط من مكان مرتفع وتنتفض كل عضلات جسمه ، وهذا النوع شائع جداً بين الغالبية من الناس ، وكثيراً ما يعتقد البعض أنه مصاب بنوع من أنواع الصرع – ولكن هذه القفزات طبيعية .

٦ – المشي أثناء النـــوم : Sleep Walking

ينظر علماء النفس إلى الذين يمشون أثناء نومهم على أنهم أفراد يمثلون الأدوار التي يعيشونها في أحلامهم . وعلى سبيل المثال : وجدت بعض طالبات إحدى الكليات اللاتي يعشن في إحدى المدن الجامعية أن زميلة لهن قامت بضربهن أثناء نومهن في منتصف الليل بمخدتها – وعندما حاولن منعها من ذلك تبين أنها كانت نائمة – ولما استيقظت ذكرت أنها كانت تحلم أن النار مشتعلة في أسرتهن وأنها كانت تحاول إطفاءها .

وفي حالة أخرى – وجدت إمرأة ملقاة على الأرض بقميص نومها وهي تصرخ من ألم كسر في رجلها . وذكرت أنها كانت تحلم بأنها تهرب مع خطيبها حيث قفزت عبر النافذة إلى سلم خشبي ولكن السلم الخشبي استدار فجأة مبتعداً عنها فوقعت على الأرض .

ورغم القصص العديدة التي من هذا النوع – فإنه يفترض أن المشي أثناء النوم يحدث في مرحلة تسمى «REM » وهي مرحلة من النوم تتميز بالحركة السريعة للعين تحت الجفون – حيث تتحرك العين في اتجاهات عديدة كما لو كانت تنتقل من رؤية مشهد إلى آخر – وفي هذه المرحلة من النوم تكثر الأحلام وتسمى « Rabid Eye Movement » . ولكن هناك بحوث تقول أن ذلك غير حقيقي بل إن المشي أثناء النوم قد يحدث في مرحلة النوم العميق التي لا يحدث فيها كثير من الأحلام أيضاً .

وعندما يتجول النائم ويمشي هنا وهناك فإنه يكون قد تحول من النوم العميق إلى النوم الخفيف – كما يظهر ذلك من جهاز قياس الذبذبات المخية « EEG» « Electroencephalogram » (اليكتروانسيفالوجرام) وهنا يكون على وشك الاستيقاظ (رغم أنه عادة مازال مستمراً في النوم) . ورغم أن عينيه غالباً ما تكونان مفتوحتين ، وأنه يمكنه تجنب الاصطدام بالأثاث – فإن النائم الماشي قليلاً ما يتعرف على الأشياء الموجودة في البيئة المحيطة به . بالإضافة إلى أنه ضعيف الذاكرة بالنسبة لأي شيء مما يراه في أحلامه .

والمشي أثناء النوم حالة منتشرة بين الأطفال وقد نجد في تاريخ كل فرد أنه سار أثناء النوم مرة أو مرتين أثناء طفولته .

ولكن استمرار الحالة لما بعد البلوغ يدل على وجود صراع نفسي لا تظهر أعراضه إلا أثناء النوم . ويعتبر المشي أثناء النوم أحد أعراض الهستيريا الانفصالية – فنظراً للكبت الشديد لصراع معين يعاني منه الفرد – تحدث عملية انفصال بين السبب والأعراض ، ونظراً لقوة الحيل الدفاعية

اللاشعورية أثناء اليقظة فلا تظهر هذه الأعراض في تلك الفترة . ولكن نظراً لضعف القشرة أو اللحاء المخي وهو الذي يسيطر على عمليات التفكير الشعوري أثناء النوم يبدأ الفرد في التعبير عن انفعالاته أثناء نومه .

ويسير النائم أحياناً مغلق العينين وأحياناً تكون عيناه مفتوحتين بل وأحياناً يرد على بعض الأسئلة . وقد لوحظ أن البعض يحاول الاعتداء على الغير أثناء نومه نظراً لعدم قدرته على القيام بمثل هذه الأعمال أثناء يقظته .

والاعتقاد الشائع بين الناس أن إيقاظ المريض بهذه الحالة خطأ غير صحيح . ويحدث لدى كثير من الناس بعض الحركات الصغيرة أثناء النوم ، وقد يوجد بعض الكلام أثناء النوم ، أو قد تظهر غمغمة وتكون في الغالب كلمة أو جملة قصيرة وهذا أمر لا يعد مشكلة تحتاج لعلاج

٧ – هلاوس النـــوم : Hypnagogic Hallucinations

وهي حالة نادرة تحدث للأسوياء ، وفيها يرى الشخص قبل النوم مباشرة أو بعده مباشرة صوراً وهمية كالتي ترى في الأحلام ، أو يسمع أصواتاً أو ربما يحس باحساسات لمسية ، هذه الحالات طبيعية رغم ندرتها . وقد وجد أن الشخص يكون في حالة من النوم النقيضي خلال هذه الفترة .



وسائل تجنب مشكلات النوم عند الطفل

١ ـ إستشر الطبيب إذا كانت فترة نوم الطفل اليومية أقل من المتوسط بدرجة ملحوظة

٢ ـ حافظ على هدوئك فيما يختص بكمية نوم الطفل .

٣ ـ أعد الطفل للنوم بطريقة سارة .

٤ ـ تجنب الأمور والقصص والبرامج التليفزيونية المثيرة في الفترة التي تسبق الوقت الملائم للنوم .

٥ ـ إعط الطفل حماماً دافئاً قبل الذهاب إلى النوم إذا ما كان يبدو متوتراً .

٦ ـ كن حازماً مع الطفل عندما يستدعيك بعد أن يدخل إلى السرير .

٧ ـ شجع الطفل على الذهاب المبكر إلى دورة المياه وحده حتى لا يخاف بعد ذلك .

٨ ـ حافظ على هدوء المنزل بقدر الإمكان في وقت نوم الطفل ليلاً .

٩ ـ تجنب القيام باللعب أو القراءة إذا كان ذلك يعني سرعة نوم الطفل .

١٠ ـ لا تضع الطفل في سريره كعقاب له على شقاوته أو لأنه لم يتم طعامه .

١١ ـ ضع ألعاب الطفل في مكان معين واستبعد أي أمور جاذبة للانتباه من غرفته .

١٢ ـ كلما أمكن ذلك اجعل للطفل غرفة مستقلة لتجنبه الأمور التي تجذب إنتباهه كوجود أخ أكبر أو أصغر منه يشجعه على اللعب والتأخر عن النوم .

اتجاهات الآباء في مواقف النوم :

يعد النوم من المواقف الهامة في تربية الطفل ، وهو هام وضروري من ناحية الصحة والنمو الجسمي للطفل . وإذا لم ينل الطفل قسطاً كافياً من النوم فإن صحته تعتل وحالته الانفعالية تتعرض للاضطراب ، كما أن نشاطه الفكري يتعطل بسبب التعب والإنهاك .

والملاحظ أن الطفل عند الميلاد يقضي معظم وقته في النوم فيما عدا فترات الغذاء والاستحمام وتغيير الملابس . وتتناقص فترات النوم تدريجياً ويكون التناقص عادة في فترات النوم منحصراً في النوم أثناء النهار ، أما النوم الليلي فيبقى كما هو تقريباً . وفترة النوم الليلي هامة وضرورية للطفل ، ولذلك يستحسن أن يبكر الطفل في نومه حتى يحصل على قسط وافر من النوم ويستيقظ مبكراً في الصباح متمتعاً بالحيوية والنشاط . فكلما حصل الطفل على قسط وافر من النوم كانت صحته أفضل وحالته النفسية أحسن . والطفل السليم كثير الحركة شديد النشاط في العادة أثناء النهار ، وعندما يحل المساء يكون التعب قد نال منه بشكل يعرض صحته وحالته الانفعالية والفكرية للاضطراب إذا لم يبادر إلى النوم . والنوم المبكر يجنب الطفل بعض المشكلات التي قد تنجم عن مضايقته لوالديه في فترة المساء . فقد يكونان في المساء بحاجة إلى الراحة والاستجمام بعد عناء النهار ، وتقل قدرتهم نتيجة لهذا على تحمل ضجيج الطفل أو الاستجابة لحاجاته ومطالبه بالقدر الكافي من الصبر والهدوء ، مما قد يؤدي إلى ثورتهما عليه وعقابه فينام الطفل باكياً أو مستاء أو متألماً ، وهو أمر ينبغي تجنبه للمحافظة على صحة الطفل الجسمية والنفسية .

ومن المهم أن يعود الآباء الطفل على النوم المبكر منذ الطفولة الأولى ، وأن يحافظوا على تنظيم موعد نوم الطفل دون تذبذب أو إستثناء إلا عند الضرورة القصوى . فيجب على الآباء أن يساعدوا أطفالهم على تثبيت عادة النوم في موعد محدد بتهيئة الظروف المناسبة لذلك . ويمكن ذلك عن طريق :

١ – تنبيه الطفل إلى أن موعد النوم قد اقترب حتى يكون على استعداد ولا يفاجأ بالأمر بالنوم مما يضطره إلى التخلي عما يكون فيه من لعب أو نشاط ومما يؤدي إلى تضايقه .

٢ – من الممكن أن يقص الآباء على الطفل قصصاً مسلية قبل موعد النوم أو يسمعانه موسيقى هادئة ، فيساعده ذلك على الاسترخاء ويقبل على النوم بسهولة .

٣ – أن يساعد الآباء الطفل بالتدريج على أن يحدد موعد نومه بنفسه – كأن يعلما طفلهما أن يتبع عقربي الساعة أو المنبه حتى يعرف موضع العقربين في الوقت الذي يجب أن يذهب فيه

إلى النوم فيتوقع النوم ويتهيأ له عقلياً ويتعود بذلك على الاعتماد على نفسه .

٤ – ومن الوسائل التي تعين الطفل على التهيؤ للنوم – أن يرتبط النوم بنشاط معين يوحي للطفل بانتهاء النشاط اليومي والاستعداد للذهاب إلى الفراش مثل : التبول وتنظيف الجسم وتغيير الملابس وارتداء ملابس النوم في وقت معين فإن هذه العمليات ترتبط تدريجياً بموعد النوم وتصبح في ذاتها من العوامل التي تساعد الطفل على التهيؤ النفسي للنوم . ويصبح النوم المبكر في ساعة معينة عادة مستقرة عند الطفل ولا يضطر والده إلى إرغامه على ذلك مما يؤدي إلى حدوث صراع بين الطفل ووالديه قد ينتهي بلومه أو تأنيبه أو بزجرة وتهديده أو توقيع العقاب البدني عليه ، ومما يؤدي إلى أضرار قد تكون خطيرة بالنسبة لصحته النفسية والجسمية . وإذا نام الطفل بعد هذا الموقف المتوتر فمن المتوقع أن يكون نومه غير هادىء – تتخلله الأحلام المزعجة – أو يعاني الأرق ، أو ينام حانقاً ثائراً مما قد يؤثر على صحته وحالته النفسية .

ويجب أن يراعي الآباء أن تكون الفترة السابقة للنوم فترة هادئة وسعيدة وأن يكون في حالة صفاء ذهني ونفسي .

٥ – قد يعترض نوم الطفل صعوبات أخرى غير اضطراب الحالة الانفعالية مثل المرض أو سوء الهضم مثلاً ، بسبب وجبة ثقيلة قبل النوم مباشرة .ويحسن في مثل هذه الحالات أن يتعرف الوالدان على السبب ويعملان على التخلص منه .

وقد تكون هناك اضطرابات أثناء نوم الطفل فيقاوم النوم في مواعيده المحددة وقد ترجع هذه الاضطرابات إلى بعض العوامل مثل المخاوف .

فالطفل كثير المخاوف لا يرغب الذهاب إلى النوم ، كما أن نومه عادة يكون متقطعاً . ومخاوف الطفل تعتبر مظهراً من مخاوف الكبار أنفسهم ، لذلك نجد أن الأطفال يختلفون من حيث رغبتهم أو عدم رغبتهم الذهاب للنوم ، وكذلك من حيث درجة هدوء أو عدم هدوء نومهم. فالذين على علاقة طيبة بالمحيطين بهم لا يمانعون في الذهاب للنوم في الوقت المناسب

والخوف من الظلام هو أحد العوامل التي تمنع الطفل من الذهاب إلى النوم في موعده والاستغراق في نومه في هدوء . وينشأ خوف الطفل من الظلام لأسباب مختلفة منها التعرض لمثيرات شديدة مزعجة في الظلام وخاصة إذا كان وحيداً ولم يتمكن من تحديد مصدر هذه المثيرات . فيصبح الظلام بعد ذلك مثيراً للخوف . فإذا حاول الآباء إرغامه على الذهاب إلى فراشه فمن المحتمل أن تتعرض صحته النفسية إلى ضرر كبير ، وقد يلجأ إلى كثير من الحيل لتعطيل ذهابه إلى النوم .

ويستطيع الآباء أن يساعدوا الطفل على التخلص من خوفه من الظلام إذا ما صاحبه أحدهما أو كلاهما إلى حجرة نومه لفترة ما وأشعراه أنهما قريبان منه ، وأن يستجيبا لندائه إذا طلبهما

بقصد الاطمئنان إلى أنهما بجواره وبذلك يمكن أن يتخلص الطفل من خوفه إذا عوده والداه على النوم وحده وعلى الاستقلال عنهما بالتدرج حتّى يألف النوم في الظلام .

وتعويد الطفل على ألا ينام إلاإذا كانت أمه أو كان أبوه إلى جواره يجعل نوم الطفل من المشكلات التي تضايقهما فيما بعد وتعرض الطفل لألوان من الصراع .

وقد يرغم الوالدان طفلهما على النوم باستخدام التهديد أو اللوم أو العقاب ، وقد يترتب على أسلوبهما أن يشعر الطفل بأنه غير مرغوب فيه أو بأن صلة الود التي تربطه بوالديه قد انقطعت ويخشى أن يفقد حبهما وعطفهما عليه خاصة إذا أغلق باب حجرة النوم عليه وأطفئت الأنوار ومنع من إحداث صوت أو من المناداة على والديه . قد يتعرض الطفل نتيجة لهذه المشاعر لألم الوحدة الذي قد يتفاقم لو صوحب بالخوف من الظلام مما يسيء إلى شخصيته إساءة بالغة .

وكثرة المخاوف التي تنتاب الطفل تؤدي في غالبية الأحيان إلى تقطع فترة النوم فقد يستيقظ بعض الأطفال من نومهم ويلجأون إلى حيل كثيرة لالتفاف أبائهم حولهم كوسيلة للتخلص من الخوف مثل :

١ — أن يطلبوا من الآباء أن يطيلوا فترة بقائهم بجانبهم قبل النوم ويتعللوا بشتى الطرق لابقائهم .

٢ — الإكثار من الطلبات .

٣ — الإصرار على سماع القصص .

٤ — طلب إحضار اللعب لهم .

والمقصود بكل ذلك تعطيل عملية النوم بقدر الإمكان . وهذه الحجج تؤدي وظيفة هامة عند الطفل . إذ أن الطفل الذي يخاف الوحدة مثلاً ولا يجرؤ على التعبير عنها — يلجأ إلى مثل هذه الحيل ، وقد تكون وظيفة هذه الحيل في كونها وسيلة يحاول الطفل أن يؤكد بها لنفسه مدى اهتمام والديه به ، ومدى قوة العلاقة التي تربطهم به .

لذا يستحسن في مثل هذه الأحوال أن نبحث عن السبب في المشكلة لا أن نضطر الطفل إلى النوم اضطراراً أو ينهر أو غير ذلك من الأساليب التي يتبعها الآباء .

ويختلف الآباء في الأساليب التي يتبعونها في مواجهة موقف النوم ، وهذه الأساليب لها تأثير هام على تنشئة الطفل وتكوين شخصيته . فبعضهم يضج بالشكوى مما يجدونه من صعوبات في محاولة دفع أطفالهم إلى النوم عندما يأتي الوقت المناسب . ولا يلتزم البعض الآخر بموعد محدد

ينام فيه أطفالهم ويتذبذبون في هذا من يوم لآخر مما يعطل تكوين عادة مستقرة للنوم عند الطفل . كما أن هناك آباء يحرصون على تثبيت عادة النوم في موعد محدد عند أطفالهم ويهيئون لذلك الظروف المناسبة . وهناك آباء لا يحسون بأهمية الموقف كلية ويتركون لأطفالهم الحرية في اختيار الموعد المحدد الذي يرضيهم للنوم دون مراعاة لحالتهم النفسية .

ونستطيع أن نستنتج مما سبق أن الطفل بوجه عام أثناء إشباع دوافعه البيولوجية المختلفة يدخل في نوع من التفاعل بينه وبين الكبار والمحيطين به قد يؤدي به إلى الوقوع في صراع معين نتيجة لما يلقاه من شدة أو إهمال أو رعاية زائدة من الأساليب المختلفة التي يستخدمها الكبار في عملية التطبيع الاجتماعي للطفل .

والقاعدة بوجه عام هي التخلي عن أسلوب العقاب كلية كوسيلة من وسائل إرغام الطفل على القيام بعمل ما ، بل أن نشعر الطفل بأنه مقبول ومرغوب فيه ، وأن نساعد على تنمية السلوك المرغوب فيه عن طريق تدعيم هذا السلوك لا عن طريق عقاب السلوك الآخر أي السلوك غير المرغوب فيه .

نظام النـــــوم :

يقصد بنظام النوم مواعيده ومكانه وحالة الشخص الجسمية والعقلية . ويمكن القول أن الشخص إذا كان في حالة شبع دون إمتلاء ، وإذا كان خالياً من الأوجاع والهموم ، وكان في حالة عقلية هادئة غير متوترة ، وإذا كانت الظروف المحيطة به عادية من حيث الهدوء والتهوية — والراحة — أمكنه أن يحصل على نوم مفيد إذا كانت مدة نومه كافية .

ويحتاج كل فرد إلى عدد معين من ساعات النوم كل ٢٤ ساعة ، يجب أن يكون جزء هام منها قبل منتصف الليل . ويحتاج الفرد لفترة راحة كاملة في أثناء النهار وتحسن أن تكو ن قبل طعام الغداء . وهناك عدد من المبادىء التي يجب مراعاتها بالنسبة لنظام النوم :

أولاً : الظروف التي ينام فيها الطفل :

ما هي أفضل الظروف لنوم الطفل نوماً مريحاً ؟ هل هي الهدوء التام ؟ ولكن قليلاً ما يمكن تهيئة مثل هذه الظروف ، كما أن الطفل قد يتعود على هذا الجو الهادىء فإذا وجد في ظروف أخرى مغايرة فقد قدرته على النوم . ولكن الأنسان في حالة الضوء أو ارتفاع درجة الحرارة

أو عدم ملاءمة الظروف بأي صورة أخرى قد ينام وفي أثناء نومه يحدث ما يسمى بالتكيف السلبي ، وبه يبذل الإنسان مجهوداً إضافياً لمنع أثر هذه المؤثرات الخارجية . ولذا نجد أن من ينام بحالة جسمية وعقلية طيبة في ظروف طيبة يحتاج لساعات نوم أقل ممن ينام في ظروف غير مريحة . وهذه القدرة على بذل المجهود الإضافي يجب أن تكون موجودة إلى حد ما عند كل شخص حتى يستعملها إذا جدت ظروف لا تكون في الحسبان .

ثانياً : مكان نوم الطفل :

يحسن أن ينام الطفل في سرير مستقل من أول الأمر ، وينبغي ألا ينام في غرفة الوالدين بعد سن ٥ر١ سنة ، فكثير من حالات الاضطراب النفسي تنشأ من مشاهدة الاتصال الجنسي بين الوالدين في سن مبكرة . والأطفال في هذه الحالة كثيراً ما يدعون النوم . وإذا كان هناك أطفال في أعمار مختلفة يجب أن يرسل للنوم صغارهم أولاً — ولا يرسلون جميعاً في وقت واحد حتى لا يحدث احتكاك بينهم .

ثالثاً : حالة الطفل قبل النوم :

ويفضل أن يكون الطفل هادئاً مسروراً قبل ذهابه إلى النوم . وليس من الحكمة أن يفاجأ الطفل بمنعه من اللعب ثم إرساله إلى النوم بل يحسن إنذاره أولاً وقبل الموعد بفترة كافية — كأن يقال له أنه بعد عشر دقائق مثلاً سينام فيتدبر أمره بنفسه لإيقاف لعبه فترة ثم البدء في الاستعداد للنوم .

كما يلاحظ أن كثيراً من الأطفال يخافون الانتقال من حالة اليقظة إلى حالة النوم ، لأن النوم والظلام كثيراً ما يرتبطان في ذهن الطفل بأمور مخيفة ، ولأن بعض الآباء كثيراً ما يتركون المنزل بعد نوم الطفل دون علمه ولأن الانتقال من حالة اليقظة المعروفة الواضحة إلى حالة النوم الغامضة غير المعروفة يخيف خاصة في الأعمار التي تقع بين الثانية والرابعة . لذلك يحسن بقدر الإمكان تفادي كل ما يجعل النوم مخيفاً أو مكروهاً حتى يتمتع به الطفل كما يجب .

كما يجب أن ينام الطفل بمجرد ذهابه إلى فراشه أو بعده بمدة قصيرة. كذلك يحسن أن يقوم الطفل مباشرة بعد استيقاظه لأن بقاءه مدة طويلة في فراشه بعد استيقاظه يعطيه فرصة للجلبة أو لأحلام اليقظة ، وفي مثل هذه الأوقات التي تقضي في الفراش في حالة اليقظة تبدأ عادة ممارسة حالات الاستمناء الذاتي عند البعض .

مَراجِع الفَصْل الثالث

١ – أحمد عكاشة (١٩٧٥) التشريح الوظيفي للنفس : علم النفس الفسيولوجي ، ط ٣ ، دار المعارف بمصر ، القاهرة .

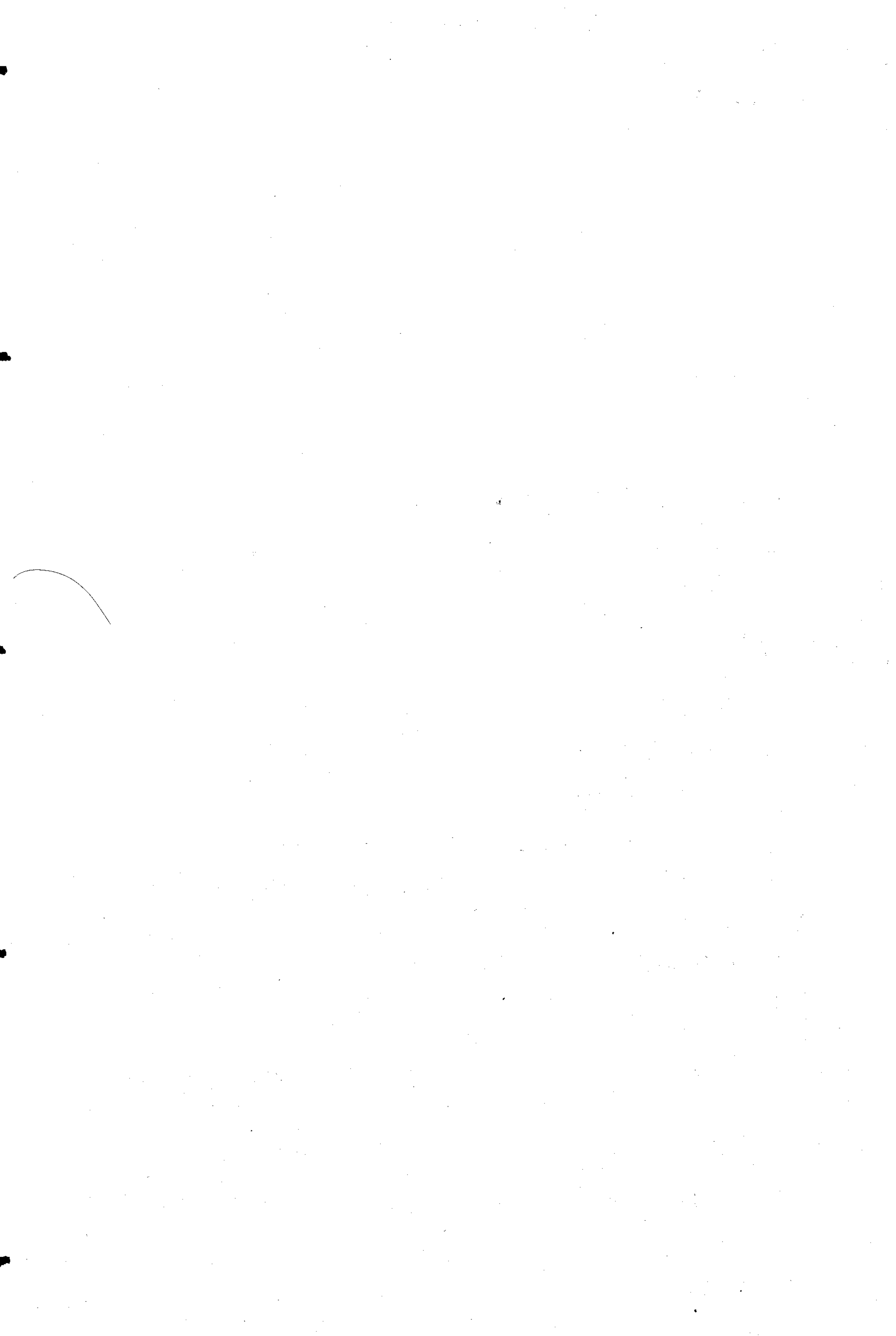
٢ – عبد العزيز القوصي (١٩٦٩) أسس الصحة النفسية ، ط ٧ ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

3 – Hurlock, E.B. (1970). Child growth and development, 4th. Ed., New York : McGraw-Hill.



الفصل الرابع

التبوُّل اللاإرادي



التبوّل اللاإرادي

مقدمـــــة :

تحتاج العمليات الحيوية المختلفة وعملية المحافظة على الجسم إلى حركة مستمرة للمواد داخل الجسم . وعملية تناول الغذاء والمواد السائلة تزود الجسم بالمواد الغذائية كما تعمل عمليات التمثيل الغذائي بالجهاز الهضمي على تحليل هذه المواد من مواد كيمائية معقدة التركيب إلى طاقة وإلى عناصر لبناء الأنسجة المختلفة . أما باقي المواد غير المفيدة والضارة فيجب التخلص منها إلى خارج الجسم .

والعملية التي يتم بها فصل النواتج غير المفيدة أو الفضلات من الجهاز الهضمي أو من أنسجة الجسم المختلفة وتجميعها بحيث تصبح معدة للاخراج تعد من وظيفة أجهزة الإخراج وهي الكليتان والأمعاء الغليظة، وتعد الرئتان والقولون والمثانة والجلد أعضاء رئيسية في عملية الإخراج. وتعد عملية تخلص الجسم من المواد الإخراجية عملية مهمة جداً بالنسبة للصحة والحيوية .

تطور عملية ضبط المثانة :

تعتبر عملية التحكم في العضلة العاصرة للمثانة مشكلة بالنسبة لكل من الطفل ووالديه . وأحد جوانب هذه المشكلة هو التنوع الواسع في زمن الاستعداد لتعلم هذا السلوك .فالأطفال الذين لم يصلوا بعد إلى مستوى النمو اللازم للتدريب على ضبط الإخراج أحياناً مايكونون عرضة للضغط أو العقاب . وكثيراً ما يقاوم بعض الأطفال كل قواعد التدريب المفروضة عليهم من الخارج .

ويذكر « مونرو Munroe »(١٩٥٥) أن عمليات ضبط الإخراج من العمليات الهامة جداً من حيث تأثيرها على تكوين الشخصية . فالطفل يجب أن يتخلص من المواد البولية ، وإذا

أمكنه أن يتطابق مع أمه – سعيداً بذلك متقبلاً مطالبها منه – أمكن للجزاء الحسن المترتب على هذا الموقف أن يؤدي إل زيادة قدرته على التحكم في دوافعه الغريزية وتوجيهها نحو التنظيم المقبول اجتماعياً . ويتدعم نجاحه في هذه المواقف عن طريق مكافأة الوالدين له .

ومن جهة أخرى لنفرض أنه أجبر على أن يتنازل عن إرادته تحت تأثير الخوف المباشر أو الخوف من فقدان الحب – فإن إرادته الداخلية تنمو في اتجاه مضاد للعالم الخارجي . والنتيجة قد تكون استسلاماً مشوباً بالقلق – لا لأنه يميل لأن يشارك الكبار ميلهم نحو النظام – ولكن خوفاً من السلطة . أو قد يكون هناك بدلاً من ذلك نوع من التمرد والعصيان ، أو خليط من هذا وذاك .

وكقاعدة عامة فإن الوظيفة الإخراجية للمثانة تنمو بالتدريج وقد يكون منحنى النمو غير منتظم مشيراً إلى وجود حالات من الأداء الخاطىء قد يرجع في أغلبه إلى تدخل الآباء أكثر من رجوعه إلى أية عوامل وراثية مؤثرة في عملية النمو .

ويمكن القول أن الليالي التي تمر دون بلل تزداد بتقدم العمر وأن هناك فروقاً واضحة بين الجنسين حيث تتحكم البنات في عملية التبول قبل الأولاد كما كشفت عنه دراسة تتبعية أجريت في أحد معاهد الأطفال . ويوضح الجدول التالي نتائج هذه الدراسة :

مدى العمر الزمني بالشهور	متوسط عدد الليالي التي مرت دون بلل في كل شهر	
	بنين (ن – ٤٩)	بنات (ن – ٤٣)
٢٦ – ٢٨	١٨ر٢	٢٣ر٢
٢٩ – ٣١	٢١ر٠	٢٣ر٥
٣٢ – ٣٤	٢٠ر٦	٢٥ر٧
٣٥ – ٣٧	٢٣ر٩	٢٧ر٨
٣٨ – ٤٠	٢٦ر٥	٢٨ر٦
٤١ – ٤٣	٢٧ر٥	٢٨ر٩
٤٤ – ٤٦	٢٨ر٥	٢٩ر٢
٤٧ – ٤٩	٢٩ر٢	٢٩ر٣
٥٠ – ٥٢	٢٨ر٦	٢٩ر٩
٥٣ – ٥٥	٢٩ر١	٢٩ر٦
٥٦ – ٥٨	٢٨ر٤	٣٠ر٠
٥٩ – ٦١	٣٠ر٠	٣٠ر٠

ورغم أن الأرقام السابقة تمثل نتائج تجريبية – إلا أنه يمكن الأخذ بها بصورة تقريبية للتعرف على حالة الطفل بالنسبة لنمو وظيفة المثانة والتحكم في ضبط الإخراج. وطبقاً لهذا الجدول فإن الطفل الذي يمر بـ ٢٧ ليلة شهرياً دون بلل يكون سن التحكم في المثانة عنده ٤٠ شهراً بصرف النظر عن عمره الفعلي . أي أن أداءه يشبه متوسط أداء الأطفال الذين في سن ٤٠ شهراً .

ويلاحظ أن الطفل قبل أن يبدأ في الاهتمام بالأشياء المحيطة به يكون في حالة من النمو لا تمكنه من أن يعطي اعتباراً لعامل الزمان أو المكان المرتبطين بالتدريب على العمليات الإخراجية . فمن جهته هو – فإن هذه العمليات تتم بصورة تلقائية منذ البداية وبتأثير تحكم الجزء الذاتي من الجهاز العصبي . كما أنه لا يدرك كلية مدى اهتمام والديه بتحقيق مستويات من النظافة والنظام في المنزل . ويدرك الوالدان عنه ذلك – ولذلك فإنهما يهيئان له الاستعدادات اللازمة من غيارات وملابس .

لكن بعد فترة تتركز اهتمامات الأم على موضوع الإخراج وليست هناك مواعيد محددة يجب أن يبدأ عندها التدريب على هذه العملية ، فمعرفة الوقت الذي يكون فيه الطفل مستعداً من الناحية الجسمية والنفسية للتدريب أمر صعب . ويحتمل أن يؤدي التبكير بعملية التدريب إلى أن تطول مدته .

أما عن الاستعداد الجسمي فهو القدرة على ممارسة الضبط الكافي على العضلة العاصرة للمثانة ومنعها من الارتخاء الطبيعي . وعندما يصبح الطفل قادراً على الاتصال بمن حوله بواسطة الإشارة أو الكلمة أو الصوت أو النظر معلناً أنه في حاجة للإخراج – وعندما يبدأ في إظهار قدرته على فهم وتقبل رأي الكبار – يمكن القول بأنه في حالة استعداد نفسي لأن يتعلم بإرادته ضبط وتنظيم الوظائف الإخراجية .

والتدريب على ضبط الإخراج من الأمور التي تلقى الاهتمام في كل الثقافات منذ فجر الحضارة. ويرى « سيرز وماكوبي وليفين Sears & Maccoby & Levin »(١٩٥٧) أن أفضل تصوير لعملية ضبط الإخراج كما تحدث في القرن العشرين بالولايات المتحدة الأمريكية يتضح فيما يقدمه المتخصصون في نمو الطفل من تشجيع للأمهات على تأجيل عملية التدريب على ضبط الإخراج إلى العام الثاني من عمر الطفل . فعندما يصبح قادراً على التحكم في وضع الجسم يصبح قادراً على التحكم في العضلات العاصرة ، وعندئذ يتوقع منه أن يتعلم أن يقدم لنا إشارات معينة نستدل منها على الحاجات التي يسعى لاشباعها . ولقد بدأت الأمهات في التدريب على ضبط الإخراج في دراسة «لسيرز وماكوبي وليفين» في سن ١١شهراً وانتهى التدريب في سن ١٨شهراً. أي أن عملية التدريب قد استغرقت سبعة شهور في المتوسط . ويلاحظ أن كثيراً من الأمهات (٤٧ ٪) قد بدأن تدريب أطفالهن على ضبط الإخراج قبل سن ١١ أي حوالي سن ٩ شهور

من العمر ، وقليل منهن (٨٪) تأخرن حتى النصف الثاني من العام الثاني من عمر أطفالهن . وكانت النتيجة أفضل والتعلم أسرع في حالة الأطفال الذين تأخر تدريبهم عن سن الحادية عشرة شهراً .

أسباب التبوّل اللا إرادي :

تبين من دراسة « سيرزوماكوبي وليفين » ما يلي :

١ — بدأت الأمهات القلقات تدريب أطفالهن على ضبط الإخراج من فترة مبكرة عن الأمهات الأقل قلقاً حول موضوعات كالجنس وما يتعلق به .

٢ — إرتبط أسلوب التدريب على ضبط الإخراج والذي يتصف بالقسوة من قبل الأمهات (إبداء عدم التقبل للطفل ، ترك الطفل فترات طويلة في مكان الإخراج ، عقاب الطفل بشدة لأي إنحراف ، عملية الإخراج دائماً مصحوبة من قبل الأم بالغضب والانفعال على الطفل) بمجموعة من أساليب التدريب الأخرى في مواقف أخرى مثل : الضغط الزائد على الطفل بأن يتبع آداب المائدة وأن يكون نظيفاً ومنظماً وأن يعتني بالأثاث وبما يحيط بالمنزل وأن يكون هادئاً وأن يحسن عمله المدرسي . ومثل هؤلاء الأمهات يملن أكثر من غيرهن إلى استخدام العقاب البدني والحرمان من الميزات المختلفة . كما أن التفاهم بينهن وبين أبنائهن قليل جداً . إلى جانب ذلك فهن لا يشجعن بل يعاقبن العدوان الموجه نحوهن أو نحو أزواجهن ، بل دائماً يتوقعن من الأبناء الطاعة التامة .

كما تهتم مثل هؤلاء الأمهات اهتماماً زائداً بأمور كالاستمناء الذاتي واللعب الجنسي الاجتماعي بين الأطفال أكثر من الأمهات الأخريات . إلى جانب ذلك فهن يتميزن بالقلق حول إمكانيات تربية الطفل، ويبدو أنهن تنقصهن العاطفة والحماس النسبي نحو أنفسهن ونحو أزواجهن ونحو أطفالهن .

ويذكر سيرز وزملاؤه أن التدريب على ضبط الإخراج لا يعد عاملاً منفصلاً بل إنه يتعلق بمجموعة كبيرة أخرى من الأمور المصاحبة لعملية تربية الطفل وهذه الأمور تؤثر على السلوك الجنسي والاجتماعي للطفل . وعلى هذا الأساس فلا يمكن القول بأن التدريب على ضبط الإخراج هو العامل الوحيد المؤثر على بناء الشخصية .

٣ — تميز الأطفال الذين عاملتهم أمهاتهم بقسوة أثناء التدريب على ضبط الإخراج بالاضطرابات الانفعالية أكثر من الأطفال الآخرين .

٤ — كان الأطفال الذين عاملتهم أمهاتهم بقسوة أثناء التدريب لكنهن كن يشملن الطفل بالحب والحنان في الأوقات الأخرى أقل اضطراباً من الناحية الانفعالية

بعض الوسائل الشائعة لمنع التبول الليلي :

إن مشكلة نوم الطفل دون بلل طوال الليل يعد مشكلة جوهرية بالنسبة للآباء . وتلجأ بعض الأمهات إلى وسائل عدة لتساعد الطفل على عدم بلل نفسه أثناء النوم منها :

١ — إيقاظ الطفل ليلاً والذهاب به إلى الحمام .

٢ — تلجأ بعض الأمهات إلى تقليل كمية السوائل التي يشربها الطفل في الفترة ما بعد الظهر وحتى النوم .

٣ — البعض يستعمل طرقاً أكثر شدة مثل لجوء بعض الأمهات إلى إجبار الطفل على غسيل بيجامته أو ملابسه التي نام بها وبللها .

٤ — تلجأ بعض الأمهات إلى مكافأة الطفل إذا ما انقضى الليل دون بلل .

ويذكر « سيرز وماكوبي وليفين » أن التبول اللاارادي لا علاقة له بقسوة عملية الفطام أو التنظيم الحاد لمواعيد الرضاعة أو بتقديم الغذاء حسب طلب الطفل كلما بكى ، أو بأمور أخرى مثل المطالب المتشددة بأن يحافظ الطفل على أثاث المنزل وجدرانه ، أو بالأوامر الحازمة بأن يظل في غرفته أو بمطالبته بالطاعة السريعة أو بالضغط عليه ليتحلى بآداب المائدة أو بأن يكون قدوة حسنة في المدرسة .

وتشير مدرسة التحليل النفسي إلى أن التبول اللاارادي هو أسلوب طفلي للعودة إلى الوراء أو وسيلة لعقاب الأم . ويصدق هذا القول على نتائج سيرز وزملائه حيث وجد ارتباط هام بين قسوة عقاب الطفل وبين التبول وعلى الأخص عندما ترتبط القسوة في التدريب على ضبط الإخراج بالبرود العاطفي والنبذ من قبل الأم تجاه الطفل .

تذكر « ديفز وهافجهرست Davis & Havighurst » (١٩٤٦) أن السن الذي يمكن فيه التحكم في المثانة حوالي سن ٢١ شهراً وأن ٥٠ ٪ من عينة الدراسة أمكنها أن تتحكم في العضلة العاصرة للمثانة في سن ١٨ شهراً ، وأن حوالي ثلث العينة استمروا في بلل ملابسهم ليلاً حتى سن ٣ سنوات ، حيث وجد أن أمهات هؤلاء الأطفال كن يعاملنهم بقسوة أثناء التدريب ، كما كان هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات وجدانية .

ووجد « بوستوك Bostock » (١٩٥١) باستراليا أنه لا علاقة بين الرضاعة من الثدي وبين التبول اللاارادي ، ولكن العلاقة قائمة مع قسوة عملية التدريب على ضبط الإخراج ، وأن هناك علاقة بين القسوة في عملية التدريب على ضبط الإخراج وبين مدى تقبل الطفل ،

فالأطفال غير المتقبلين من الآباء يتعرضون للتدريب القاسى أكثر من الأطفال المتقبلين .

ووجد «مكاندليس وهاي McCandless and Heye »(١٩٥١) أن اتجاهات الآباء تؤثر على عملية التبول اللاارادي . فهناك علاقة بين تقبل الآباء للأبناء وتأخير بدء التدريب على ضبط الإخراج وسرعة تحقيق القدرة على ضبط عملية التبول .

وهناك آراء تقول أن قسوة عملية التدريب على ضبط الإخراج بالإضافة إلى كونها تسبب التأخر في ضبط الإخراج إلى سن متقدمة وكونها تحدث اضطرابات وجدانية لدى الطفل فإنها أيضاً تسبب تأخراً في النمو الحركي للطفل .



كيف تساعد على تحسين العلاقات الأسرية ؟

- ضع أمام الطفل نماذج حسنة للعلاقات الأسرية لكي يقلدها (القدوة الحسنة) .
- بيِّن للطفل كيف يعيش مع الآخرين بطريقة سلمية وامنحه الوقت ليتعلم أنماط السلوك الاجتماعي .
- اكبح أي علامة من علامات السلوك غير الاجتماعي بمجرد ظهورها .
- جنب الطفل التعب والإجهاد والتوتر بالتخطيط لنشاطه اليومي في ضوء مستوى نموه .
- علم الطفل أن يكون متسامحاً ومتفهماً للآخرين .
- اشرح للطفل لماذا يجب أن يتبع أنواعاً معينة من السلوك حتى لا يظن أنها إجبار عليه .
- امنح الطفل الفرصة ليفسر لماذا قام بسلوك لا اجتماعي معين ثم قدم له نموذجاً أفضل ليقوم به أو ليتبعه .
- لا تتوقع أن يقوم الطفل بالسلوك الذي يقوم به البالغون لعجزه عن ذلك .
- اجعل الطفل يشعر أنه محبوب وآمن حتى ولو كان في موقف مشكل .
- اجعل الطفل يتبين ما عليه من مسؤوليات نحو أسرته كما على أفراد أسرته من مسؤوليات نحوه .
- اجعل كل فرد في الأسرة يتقبل مسؤوليته ليصبح المنزل مكاناً سعيداً بمنع أي فرد يعمل على تعاسة الأسرة من البقاء فيها .
- اعقد اجتماعات للأسرة عدة مرات أسبوعياً وامنح كل فرد في الأسرة مطلق الحرية ليتكلم ويعبر عن أفكاره حول كيفية الحفاظ على جو السعادة في الأسرة .

ويمكن القول بأن قسوة عملية التدريب على ضبط الإخراج إنما تتعلق بالعديد من العوامل المتعلقة بتربية الطفل . وكلما كانت تتميز بالقسوة كلما دل ذلك على أن الأم لا تشعر بالأمن أو بقيمة نفسها مما يؤثر على شخصية الطفل بصورة أو بأخرى . ولكن أسلوب التدريب على ضبط الإخراج ليس العامل الوحيد المؤثر على بناء الشخصية .

أساليب المعاملة الوالدية في موقف الإخراج :

يختلف الآباء في نظرتهم لعملية الإخراج وعملية النظافة، فالبعض يتخذ موقف الشدة والصرامة المصحوبة بالبرود العاطفي وأحياناً بالنبذ ، والبعض يتشدد ويكون صارماً مع الطفل في هذا الموقف ولكنه يحيط الطفل في الأوقات الأخرى بالدفء العاطفي ، والبعض يتصف بالتساهل مع الطفل .

وتختلف أساليب التدريب المتبعة كما تختلف السن التي يبدأ فيها تدريب الطفل على ضبط نفسه من ثقافة لأخرى ومن مجتمع لآخر وبين الأمهات داخل المجتمع الواحد .وإذا لم يتعلم الطفل عادة ضبط نفسه في الوقت المناسب وطبقاً لمعايير الجماعة التي ينتمي إليها – بصرف النظر عن قدرته – فقد التقبل والتقدير الاجتماعيين اللذين ينالهما ممن حوله . بل ان الثقافة بذلك تبني في شخصية الطفل مشاعر نفسية من التقزز نحو البول والبراز خاصة مما يخلق عند الطفل نوعاً من الصراع .

فالطفل في بداية الأمر – يبدي نحو مواد الإخراج نفس الإهتمام الذي يبديه نحو أعضاء جسمه . وبنمو قدرته على تناول الأشياء والإمساك واللعب بها يتناول مواده الإخراجية ويلعب بها . وعندما يراه الوالدان وهو يمسك بهذه المواد القذرة ويلوث بها نفسه دون مبالاة يثور غضبهما عليه بل قد يثير هذا الموقف قلقهما الشديد – ذلك القلق الذي اكتسباه هما نفساهما في الماضي وهما صغيران في مواقف مشابهة . ولا شك أن الطفل لا يريد أن يفقد حب والديه ورعايتهما له وأن مجرد تهديدهما له يثير عنده توتراً شديداً . وهو يعمل دائماً على تفادي عقابهما . وبمرور الوقت تقترن المواد الإخراجية بالألم . ثم يصبح بعد ذلك منظرها ورائحتها وملمسها وكل ما يتعلق بها مثيراً للقلق عند الطفل، ولذا فإنه يجب أن يفرغها في مكان معين مخصص لها وأن يحافظ على جسمه نظيفاً وأن يتعلم ضبط كل ما يشير إلى هذه الأشياء ، وأن يستخدم لغة مقبولة بينه وبين الآخرين فيما يختص بها .

وترجع صعوبة التدريب على ضبط الإخراج إلى أن الاستجابة المطلوب من الطفل أن يتعلمها

هي عكس الاستجابة الطبيعية . فعندما تمتلىء المثانة بالمواد البولية تنفرج العضلات العاصرة للمثانة بواسطة فعل منعكس وتفرغ ما بها . وعندما تكون المثانة ممتلئة يزداد الضغط على جدرانها وتتوتر . وبقاء هذا الوضع مؤلم للطفل ومثير للتوتر . وتؤدي عملية التفريغ إلى ارتخاء عضلات المثانة وشعور الطفل بالارتياح .

أما التدريب على ضبط الإخراج فمعناه أن يزداد إنقباض العضلات العاصرة للمثانة كلما ازداد امتلاؤها بالمواد الإخراجية وكلما ازداد الضغط الداخلي عليها .

وهذا الأمر في حد ذاته مؤلم للطفل . بل على الطفل أن يقوم ببعض العمليات الأخرى حتى تتم عملية التفريغ . منها أن ينادي أمه لتساعده على ذلك أو أن يتحمل هذا الوضع حتى يصل إلى المكان المخصص للإخراج، ثم يبدأ في التخلص من ملابسه ثم يجلس على هذا المكان — كل ذلك وهو قابض لعضلاته التي تلح عليه بالانفراج . لكن المشكلة أن الطفل مضطر أن يتعلم كل ذلك في وقت لم يتمكن بعد فيه من أن يفهم كلام الكبار وأوامرهم . فهو إذاً يتعلم بالمحاولة والخطأ . فعلى الطفل أن يتعلم أن يستيقظ من نومه والذهاب إلى المكان المخصص للإخراج في الوقت الذي يكون النوم فيه لذيذاً ، أو أن يتوقف عن اللعب ليذهب فيفرغ مثانته ويتخلى عن متعة الاستغراق في اللعب وماله من جاذبية قوية يصعب التخلي عنها ، كل ذلك عن طريق المحاولة والخطأ — والمحاولة معناها أن يتبول الطفل في مكان غير مسموح فيه بذلك أما الخطأ فمعناه العقاب على ذلك الفعل. يصبح بعد ذلك المكان الذي يتبول فيه الطفل مثيراً للخوف . وتتكرر المحاولات وتتكرر الأخطاء ويتكرر العقاب لكل محاولة فاشلة .

ومهمة هذا النوع من التدريب الخاطىء في الواقع هي ربط الدافع إلى الإخراج بالخوف حتى يؤدي الخوف إلى تعطيل الاستجابة المباشرة لمثيرات الإخراج إلى الحد الذي يسمح بحدوثها في مكان معين. وإذ يحدث ذلك عن طريق المحاولة والخطأ فإنه يحتاج إلى وقت طويل قد يمتد سنوات — يظل فيها كل من الأب والإبن تحت ظروف عصبية من التوتر والصراع .

النتائج الممكن أن تترتب على أسلوب المحاولة والخطأ :

هناك نتائج عديدة تترتب على هذا النوع من التدريب منها :

١ — قد تنشأ عند الطفل ألوان كثيرة من الانفعال الشديد كالغضب والعناد والإحباط والخوف .

٢ - قد يرتبط الخوف الناتج عن عقاب الطفل بالدافع للإخراج وبالمكان المخصص لعملية الإخراج عن طريق عملية تعميم لا يمكن تفاديها في هذه السن المبكرة . ففي بداية الأمر لا يستطيع الطفل أن يميز بين الأمكنة المسموح فيها بالإخراج وتلك التي لا يسمح فيها بذلك ، وهذا يعني أن يتعلم أن يضبط نفسه في أي مكان دون تحديد ، بل يضبط نفسه في المكان المخصص للعملية - إذ يحاول الإمتناع عن الإخراج كلية . كل ذلك يحدث بطريقة آلية لا شعورية قد يظن الوالدان منها أن ابنهما يعاندهما .

وبعد مدة طويلة من الامتناع عن الإخراج يفشل في ضبط نفسه،وهذه الاستجابة الفاشلة تدعم بشدة وتميل لأن تصبح عادة عند الطفل،لأن الدافع للإخراج بعد فترة طويلة من الامتناع يكون أقوى منه بعد فترة عادية . والتدعيم الذي يحدث عن طريق خفض دافع قوي يكون أقوى من التدعيم الذي يحدث عن طريق خفضه دافع أقل شدة . وعلى هذا تصبح استجابة الفشل في ضبط الإخراج أقوى تدعيماً من استجابة التحكم الإرادي في هذه العملية . ونظراً لأن الفشل في التحكم في عملية الإخراج مرتبط ببداية الشعور بالضغط على عضلات المثانة - لذا فإنه يتحول إلى استجابة توقعية أي أن الطفل يصبح متوقعاً للفشل في ضبط نفسه بمجرد أن يبدأ شعوره بالحاجة إلى الإخراج . والنتيجة أن تنفرج عضلاته باعتبار أن هذه الاستجابة هي الحل المريح للمشكلة . وبعبارة أخرى فإن التشدد في معاملة الطفل في سنواته الأولى يعطل عملية التعلم في هذه الناحية أكثر مما يساعد على تقدمها .

وفي مثل هذه الحالات قد ينظر الوالدان للطفل على أنه متمرد ، فالطفل نتيجة عقاب والديه له على أخطاء عملية الإخراج يصبح خائفاً من رؤية والديه ومن سماع أصواتهما لارتباط كل ذلك بالألم الناتج عن العقاب الصادر عنهما ولكى يتفادى القلق الناشىء عن هذه المثيرات قد يسعى للهروب من مواجهة الوالدين ويقلل الوقت الذي يقضيه بالقرب منهما بقدر الإمكان . وقد يرد الطفل عليهما العدوان فيعضهما أو يصفعهما كما يفعلان معه .وتكون النتيجة بالطبع عقاب الطفل مرة أخرى . وبذلك ينشأ الصراع بين النزعات العدوانية وبين الخوف اللاشعوري من العقاب .

وقد يبدو الطفل في نظر والديه أنه لئيم . ذلك أن عقاب الطفل في الأماكن المألوفة التي سبق أن تبول فيها أو تبرز - قد تجعله يتجنب هذه الأماكن كما يتجنب رؤية والديه أو الوجود في حضرتهما بقدر الإمكان وخصوصاً إذا أحس بالدافع للإخراج . ومعنى ذلك أنه يلجأ - هرباً من مثيرات القلق - إلى مكان بعيد في المنزل أو مكان خفي عن الأنظار ليتخلص من مواد الإخراج ويحدث ذلك بشكل آلي دون وعي أو شعور من ناحية الطفل . ولكن الأمر يبدو للوالدين كما لو كان نتيجة تدبير محكم من الطفل فيزداد سخطهما عليه وعقابهما له .

وقد يتعلم الطفل من معاملة الوالدين له في هذه المواقف أن هناك شخصاً كبيراً مؤذياً باستمرار ويتتبعه بنظراته أينما ذهب – أي يشعر أنه مراقب – مما يجعله يكف عن إبداء أي تعبير أو أي استجابة إلا إذا تأكد من أنها صحيحة . لأن الخوف من العقاب قد يعمم على الخطأ أو على توقع الخطأ ، وهذا معناه أن يكف الطفل عن الإبداع أو الخلق أو استحداث أي استجابة جديدة ، وقد يكون ذلك أساسا لشخصية خجولة منقادة مستسلمة . وقد لا يميز الطفل بين ما يعاقبه عليه والده وهوالتبول وبين تصرفه أو شخصه بوجه عام . فقد يتعلم الطفل أنه كشخص – قذر وعديم النفع أو مذنب – فيشعر بالنقص أو بالقصور والذنب أو غير ذلك من المشاعر التي تلازمه بوجه عام .

وتظهر آثار التدريب على النظافة – والذي يتم في الغالب قبل أن يتمكن الطفل من فهم اللغة واستعمالها – على مستوى لا شعوري ، وتبدو في عدة صور في سماتنا الشخصية وفي أحلامنا وفي نظرتنا للحياة . وهذا ما قد يحدث نتيجة للتدريب على النظافة إذا حدث في الوقت الذي يكون فيه الطفل غير قادر على الكلام أو تمييز ما يراه أو يسمعه ، غير واع أو مدرك للعلاقات التي تربط الأسباب بالمسببات أو المقدمات بالنتائج ، وإذا حدث بوسائل عنيفة ومثيرة للقلق .

وتتوقف قدرة الطفل على التحكم الإرادي في المثانة على عوامل كثيرة منها . السن وحجم المثانة وسعتها ومدى حساسية الجهاز البولى . وعادة ما يتمكن الطفل من التحكم في عملية التبول في سن الثالثة تقريباً، ولكن بعض الأطفال يتحكمون في عملية التبول قبل سن الثانية بكثير ، بل إنه قد وجدت بعض الحالات التي أمكنها أن تتحكم في عملية التبول الليلي من الشهر الرابع من العمر ، كما توجد بعض الحالات التي استمرت في التبول اللاارادي حتى بعد سن الرابعة . وهناك بعض الحالات التي تمكنت من عملية ضبط التبول في سن مبكرة ولكن لسبب أو لآخر بدأت في التبول اللاإرادي .

وهناك أسباب كثيرة يمكن أن تؤدي بالأطفال إلى فقد قدرتهم على ضبط أنفسهم والتبول ليلاً مما يثير لهم وللوالدين مشاكل تضر بالصحة النفسية للطفل . بعض هذه الأسباب مؤقت كالإصابة بالبرد وتناول كثير من السوائل قبل النوم . وقد تكون الأسباب العارضة انفعالية كالخوف الذى يسبق بعض المواقف كمواقف الامتحان أو إجراء عملية جراحية . . الخ . ولكن مثل هذه الأحداث العارضة وما يترتب عليها لا تثير الاهتمام لأنها تزول بزوال السبب . ولكن ما يجب أن يثير اهتمام الكبار هو التبول المتكرر أثناء النوم حتى سن الرابعة أو الخامسة والذي قد يستمر إلى سن العشرين لدى بعض الناس .

الأسباب الجسمية للتبول اللاإرادي :

هناك مجموعة من الأسباب الجسمية العامة كفقر الدم أو الاضطرابات العصبية العامة أو انتشار المواد السامة في الجسم لوجود بؤرة فساد مثل اللوز والأسنان التالفة ، وهي أمور يجب البحث عنها ومهاجمتها .

وقد تكون هناك أسباب جسمية محلية في الجهاز البولي كالكليتين و المثانة أو مجرى البول . كما قد تكون هناك أسباب جسمية محلية في أماكن من شأنها أن تؤثر على الجهاز البولي كالتهاب المستقيم مثلاً . وبصفة عامة فإننا قبل أن نبدأ في علاج حالات التبول اللاارادي يجب أن نبحث أولاً عن أية أسباب جسمية ونعالجها . ويمكن تقسيم العوامل الجسمية التي يجب فحصها في حالات التبول اللاارادي إلى :

١ – درجة حموضة البول – ومعرفة ما إذا كان هناك التهاب في حوض الكلية أو التهاب المثانة أو التهاب في الحالب أو وجود حصوات في الكلية أو الحالب أو المثانة .

٢ – التهاب الجزء الخارجي من القناة البولية في الذكور والإناث .

٣ – كثرة التبول – وقد يكون سببه مرض السكر .

٤ – التهابات المستقيم Proctitis .

٥ – الديدان المعوية والإنكلستوما والبلهارسيا .

٦ – عدم التحام العمود الفقري في أجزائه السفلى Spina Bifidia Occulta .

٧ – الإمساك وسوء الهضم .

٨ – تضخم اللوز والزوائد الأنفية .

٩ – الإنهاك العصبي وفقر الدم ونقص الفيتامينات .

ويجب علاج الحالات الجسمية فور ظهورها وإذا استمر التبول اللاإرادي تبدأ في تكوين عادات سليمة للتغلب على التبول أثناء النوم .

الأسباب النفسية للتبوّل اللا إرادي :

في بعض الأحيان يرجع التبول إلى عوامل نفسية أهم عنصر فيها هو الخوف . وقد يكون الخوف قائماً بذاته كما في الخوف من الظلام أو من الحيوان أو من التهديد أو بعد سماع قصة مزعجة . وقد يدخل الخوف في تركيب انفعالي آخر كالغيرة مثل الخوف من فقد امتياز معين فقداناً نهائياً . كما عند مجيء طفل جديد في الأسرة قد يهتم به الوالدان ويهملان من قبله . وكثيراً ما يصحب الغيرة من مولود جديد تبول أثناء النوم . وهذا راجع لا إلى وجود المولود الجديد بل إلى تغير في الجو الذي يسود البيئة التي يعيش فيها الطفل ، وفقده ثقته بنفسه وخوفه على مركزه مما يسبب له أحلاماً مزعجة أثناء الليل يصحبها أحياناً فقدان القدرة على التحكم في ضبط عضلات الجهاز البولي .

فالمجال الذي يعيش فيه الطفل أحياناً ما يفقده الشعور بالأمن ويزيد من قلقه. ويظهر قلقه بصور عديدة أحدها التبول أثناء النوم . وأحياناً ما تصاحب حالات التبول حالات من التهتهة . كما يتصف الطفل معها أحياناً بالجبن وضعف الثقة بالنفس وتكون أحياناً مصحوبة بالميل الشديد إلى التخريب ونوبات الغضب والعناد .

ومن أهم أسباب التبول أيضاً اعتماد الطفل على أمه أو حاجته للالتجاء إليها . ففي كثير من حالات التبول نلحظ اعتماد الطفل على أمه ، فهي تطعمه وتلبسه وتقوم له بكل صغيرة وكبيرة . والتبول هنا قد يكون حيلة لا شعورية تساعد على تحقيق ما تشتاق إليه نفس الطفل مما تعوده . وفي الحالات التي يكون فيها الأب قاسياً على الطفل يكون الطفل في حاجة إلى الالتجاء إلى الأم ، والتبول قد يأتي بالأم قريبة منه . وتبدو هذه الحالة لدى الطفل الوحيد أو الطفل الأخير أو الطفل الذي يمرض كثيراً وهو صغير ، فمثل هؤلاء الأطفال يلقون عناية زائدة من الأم . وعندما يكبر الطفل يبدأ في فقد هذا الامتياز تدريجياً ، ولكنه لا يقوى على فقده فتزداد حالته سوءاً ويلجأ إلى بعض الحيل اللاشعورية التي تقرب منه الأم ومنها التبول اللاإرادي . ومن المهم هنا أن نذكر ضرورة تحرير الطفل تدريجياً من الاعتماد على الأم في أغلب أموره بما في ذلك التبول .

والتبول اللاإرادي بالصورة التي أوضحناها ما هو إلا حيلة لاشعورية نسميها النكوص أي الرغبة اللاشعورية في العودة إلى حالة الطفولة التي يتمتع فيها الطفل برعاية الأم . كما تبين من نتائج دراسة حالات التبول اللاإرادي التي أرسلت إلى العيادات النفسية أن ٥٠ ٪ منها ترجع إلى فقد الطفل عطف الأم ورعايتها وأن لديه حاجة قوية لاسترجاعها .

الأمور المصاحبة للتبوّل اللاارادى :

يصاحب التبول أثناء النوم عدة أمور منها :

أولاً – أمور حسية : كاتساخ الفراش وتعرضه للتلف وتلويث هواء غرفة النوم .

ثانياً – جوانب نفسية : ١ – الشعور بالنقص أو فقدان الشعور بالأمن كالفشل الدراسي ، الشعور بالذلة – الخجل – الإنزواء والتهتهة – النوبات العصبية – الاستمناء .

٢ – تعويضية : كالعناد – والتخريب – والميل إلى الانتقام – وكثرة النقد – وسرعة الغضب ... الخ .

ثالثاً – النوم المضطرب والأحلام المزعجة وتدهور الحالة النفسية .

ويقسم بعض الباحثين أنواع الشخصية في حالة التبول اللاإرادي إلى :

أ – نمط عصبي هائج زائد النشاط :

والعامل الأساسي في حدوث التبول هو اضطراب حياته الانفعالية بسبب اضطراب مجال حياته .

ب – نمط ليمفاوي خامل قليل النشاط :

يتميز بأنه عميق في نومه ، وغالباً مالا يحس بامتلاء مثانته .

وقد يحدث التبول عند المراهقين مصاحباً لبعض الأحلام الجنسية كما يرى بعض تلاميذ فرويد أن التبول نشاط شبه جنسي وأن الفرد يشتق لذة من تدفق البول عبر المجاري البولية .

كما يلاحظ أن علاج التبول تزول معه كثير من مصاحباته لأننا أثناء علاج التبول نعالج في الواقع المجال الذي يعيش فيه الطفل والذي سبب له فقد الشعور بالأمن وضعف الثقة بالنفس .

وعندما تزول حالة التبول تزول معها مشاعر الذلة والخجل والتأخر الدراسي والميل للوحدة وغيرها .

علاج التبوّل اللاإرادي والوقاية منه :

١ – يجب أولاً فحص الحالة الجسمية والصحية العامة بدقة وعلاج كل ما يحتمل أن يكون سبباً للتبول .

٢ – محاولة تحسين البيئة التي يعيش فيها الطفل ويجب أن نحقق له الاطمئنان ، ومعالجة ما قد يكون بين الوالدين من خلافات ، ومعالجة طريقة معاملتهما للطفل .

٣ – ألاّ يوحي الوالدان إلى الطفل بأن مشكلته صعبة الحل أو أنها ستحل نفسها بنفسها مع الزمن ويهملان بذلك ضرورة مساعدة الطفل على تكوين العادات اللازمة للتغلب على مشكلته .

٤ – يجب عدم إذلال الطفل وعدم ضربه وتوبيخه أو معاملته بغضب – لأن مثل هذه الأساليب من شأنها أن تعود الطفل على توقع الشر ويفقد قدرته على ضبط المثانة بسبب الخوف والإحساس بالنقص – بل يجب أن يعامل بالعطف مع الإرشاد العاديين دون تطرف .

٥ – أن يشعر الطفل بضرورة معالجة التبول اللاإرادي وأن علاجها بسيط يتوقف نجاحه كله عليه شخصياً ، وأن المشكلة مشكلته هو وليست مشكلة أبيه وأمه ويحتاج العلاج في بداية الأمر إلى :

إيقاظ الطفل في ساعة معينة من الليل حوالي الحادية عشرة تقريباً ليقوم بتفريغ المثانة مع الصبر من جانب الوالدين على التطبيق المنتظم المتكرر لقاعدة معينة جديدة . تطبق التعليمات التي يشير بها الأخصائي النفسي بدقة من قبل الوالدين مع توفر الاهتمام الكافي من قبل كل من الطفل والأم وتوفر الثقة بالنجاح .

الوسائل التي تكفل تعلم الطفل ضبط التبول الليلي :

١ – إتباع نظام دقيق جداً لمواعيد التبول وتنفيذه من الأشهر الأولى .

٢ – استبعاد الماء واللبن من طعامه بعد الساعة الخامسة مساء .

٣ – محاولة تعرف الآباء على الميعاد الذي يقع فيه التبول – وإيقاظ الطفل إلى درجة التنبه الكامل وأخذه إلى الحمام لتفريغ المثانة وتكرار إيقاظه بعد أربع ساعات تقريباً للقيام بعملية التبول وإيقاظه في الصباح الباكر إذا لزم الأمر .

٤ – إنشاء سجل يوضح فيه الأيام والساعات الحرجة التي يتبول فيها الطفل والليالي التي

ينجح فيها الطفل في ضبط نفسه وتلك التي يخفق فيها – ومثل هذا السجل يعمل كدليل ملموس يثبت للطفل مقدار نجاحه .

جدول متابعة لتبول الطفل

جدول الساعات الحرجة للتبول الليلي												عدد مرات التبول
الأيام / الساعات	٩	١٠	١١	١٢	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	
السبت												
الأحد												
الإثنين												
الثلاثاء												
الأربعاء												
الخميس												
الجمعة												

مع مراعاة الآتي في هذا الجدول :

آ – تنفيذ الجدول بدقة حتى نتعرف على الساعات الحرجة التى يتبول فيها الطفل عادة أثناء نومه .

ب – تسجيل ملاحظات الوالدين عن الطفل يومياً لتحديد العلاقة الفعلية بين التبول وبين الأحداث التي تسبق النوم إن وجدت .

٥ – تعويد الطفل ضبط نفسه نهاراً لمدة كافية مع تباعد أوقات ذهابه إلى التبول نهاراً بالتدريج .

٦ – تجنب مهيجات الأجهزة البولية وما حولها وتجنب مسببات الإمساك .

٧ – أن تكون الملابس من السهل حلها عندما تظهر الحاجة إلى التبول وأن يكون الطريق إلى الحمام مضيئاً وغير بعيد خاصة إذا كان يخاف الظلام .

٨ – زيادة ساعات النوم والراحة للطفل الذي يتبول أثناء النوم ، إذ يكون هذا الطفل عادة منهك الأعصاب . وزيادة ساعات الراحة أثناء النهار يقلل من عمق النوم الليلي فعمق النوم الليلي يجعل الاستيقاظ أمرا عسيراً .

٩ – إشباع حاجات الطفل الأولية وإشباع حاجته إلى الأمن والتقدير والعطف والحرية .

١٠ – توفير الشروط الصحية الخاصة بالغذاء واللعب والنوم من حيث الكمية والمواعيد .



مايجب ومالايجب بالنسبة لبلل الطفل للفراش

١ – ابحث عن سبب توتر الطفل وإعمل على التخلص منه بدلاً من كثرة الضغوط وكثرة الحديث عن مشكلة البلل .

٢ – امتنع عن السخرية والتحقير والضرب للطفل الذي يبلل فراشه . وبدلاً من ذلك إتخذ اتجاهاً يزيد من شعور الطفل بالأمان لأنه بعد قليل سيصبح قادراً على حفظ نفسه جافاً طوال الليل .

٣ – قلل من السوائل التي يتناولها الطفل تدريجياً بعد الساعة الرابعة أو الخامسة مساء .

٤ – تأكد من أنه يحصل على كميات إضافية من السوائل خلال الأجزاء المبكرة من النهار .

٥ – تأكد من ذهاب الطفل إلى دورة المياه قبل دخوله في السرير .

٦ – لا توقظ الطفل خلال الليل للذهاب إلى دورة المياه – فهذا يقطع عليه راحته في نومه وقد يسبب عدم استقراره .

٧ – إذا استيقظ الطفل وطلب منك أن تصاحبه إلى دورة المياه فافعل .

٨ – علم الطفل أن يذهب إلى دورة المياه وحده أثناء النهار حتى يصبح ذلك روتيناً مألوفاً لديه .

٩ – أخبره بأنه قد يستيقظ من نومه ويقوم ليذهب إلى دورة المياه ليلاً وعندما يصحو صباحاً .

١٠ – ضع مصباحاً صغيراً بجوار سرير الطفل وعلمه كيف يستخدمه عندما يصحو ويرغب الذهاب إلى دورة المياه ويجد الغرفة مظلمة . وهذا يساعده على التخلص من حالة التردد في الذهاب إلى دورة المياه الذي يسببه الخوف من الظلام .

١١ – علم الطفل كيف يضيء نور الغرفة ودورة المياه وأن يقوم بذلك في الظلام .

١٢ – رافق الطفل عدة مرات في رحلته من السرير إلى دورة المياه قبل أن يذهب إلى النوم ، واستمر في ذلك عدة ليالى حتى يبدي شيئاً من الثقة في نفسه وبقدرته على الذهاب وحده .

١٣ – لا تضع أي أثاث في طريق الذهاب إلى دورة المياه لتجنب الطفل أية حوادث أو أي خبرات مخيفة .

مراجع الفصل الرابع

١ – عبد العزيز القوصي (١٩٦٩) أسس الصحة النفسية ، ط ٧ ، النهضة المصرية ، القاهرة .

— Bostock, J. 'Enuresis and toilet training.' Med. J. Aust., 1951, 2, 110–113.

— Davis, A., and Havighurst, R.J. 'Social class and color differences in child-rrearing.' Amer. Sociol. Rev., 1946, 11, 698–710.

— Hurlock, E.B. (1970). Child growth and development, 4th. Ed., McGraw-Hill, New York.

— McCandless, B.R., and Hyde, H. 'The relationship of certain maternal attitudes, dependency, and nervous habits in preschool aged children.' Amer. Psychologist, 1951, 44, 249-59.

— Munroe, R. (1955). Schools of psychoanalytic thought, New York : Dryden,.

— Sarason, Irwin G. 1(976). Abnormal psychology : the problem of maladaptive behavior, 2ed. ed., Prentice-Hall : New Jersey.

— Sears, R.R., Maccoby, E.E., and Levin, H. (1957). Patterns of chil rearing, Evanston Ill : Row, Peterson and Co.

الفصل الخامس

الخوف والقلق

الخوف والقلق

تعد الانفعالية أحد الجوانب المعقدة من الشخصية كما تلعب دوراً هاماً في حياتنا . وإذا نظرنا إليها من زاوية موضوعية فهي مجال سلوكي يشترك فيه الجنس البشري ككل . ورغم وجود العمليات المعرفية وأهميتها في نفس الموقف فإن الخبرات العاطفية للفرد وسلوكه الانفعالي يلعبان دوراً هاماً جداً في تحديد السلوك الذي يبدو منه . وهناك مراكز سفلية في المخ مسؤولة عن الخبرات والسلوك الانفعالي . وهذه المراكز إلى جانب التكوينات الجسمية الأخرى التي تؤدي الوظائف الانفعالية على اتصال مستمر وفي حالة استعداد للعمل منذ الميلاد . فالإنسان يولد وهو مزود بأجهزة للتعامل مع الخبرات الإنفعالية الخاصة باللذة والألم وتمكنه من القيام بالسلوك الانفعالي . والإنفعالية من جهة أخرى تعد أكثر جوانب الشخصية بدائية .

ومن المعروف في الخبرة البشرية أن هناك نوعين من السلوك والخبرة الانفعالية المختلفين في الاتجاه ، والمختلفين جداً في نوعيتهما ، حيث لا توجد بينهما أمور مشتركة لا من الناحية الذاتية ولا من الناحية الموضوعية . فتنتمي مفاهيم مثل « سار » و « إيجابي » و « إقدام » لأحد الاتجاهين بينما تنتمي مفاهيم مثل « غير سار » و « سلبي » و « وهروب » و « ضرر » و « تدمير » إلى النوع الذي يميز الاتجاه الآخر . وهذان الاتجاهان ليسا متضادين ذاتياً ومنطقياً فقط بل إن الخبرات المتضمنة في كل منهما تتميز بوظائف مستقلة ومغايرة وتبادلية ، ولذلك فهي تعمل على التوفيق بين كل أنماط التغير الحشوي (الداخلي) المختلفة تماماً .

والمصطلح الشائع « انفعال » ينطبق تماماً على كل من الاتجاهين السابقين من الخبرات . فكلا النوعين يعد حالة مكثفة من الخيرة الذاتية وانحراف كبير عن حالة الإتزان . وكلاهما عبارة عن حالة داخلية طبيعية من النشاط ، وكلاهما يعد استجابة ، طارئة . وسيطرة أحد الاتجاهين على الآخر يعد أمراً هاماً بالنسبة لنمو شخصية الطفل . كما أن المثيرات والمواقف الجديدة يمكن أن تصبح ذات أثر كبير في بعث السلوك الانفعالي . وطبيعة بيئة الطفل التي تتكشف يوماً بعد

يوم – ستلعب دوراً هاماً في تحديد ما إذا كانت العناصر الاجتماعية الموجودة في حياته ستربط بالاتجاه الإيجابي أو السلبي من الانفعال .

والخوف من الانفعالات الهامة التي تؤثر على نمو الشخصية وعلى أداء الفرد وعلاقاته بالآخرين .

ومن المخاوف التي تلاحظ في فترة الطفولة الخوف من الظلام ومن الحيوانات ومن الخبرات الجديدة أو المجهولة والخوف من أفراد معينين ، إلى جانب الأسباب العامة التي قد تزعزع أمن الطفل وتجعله أكثر استعداداً لإظهار الخوف .

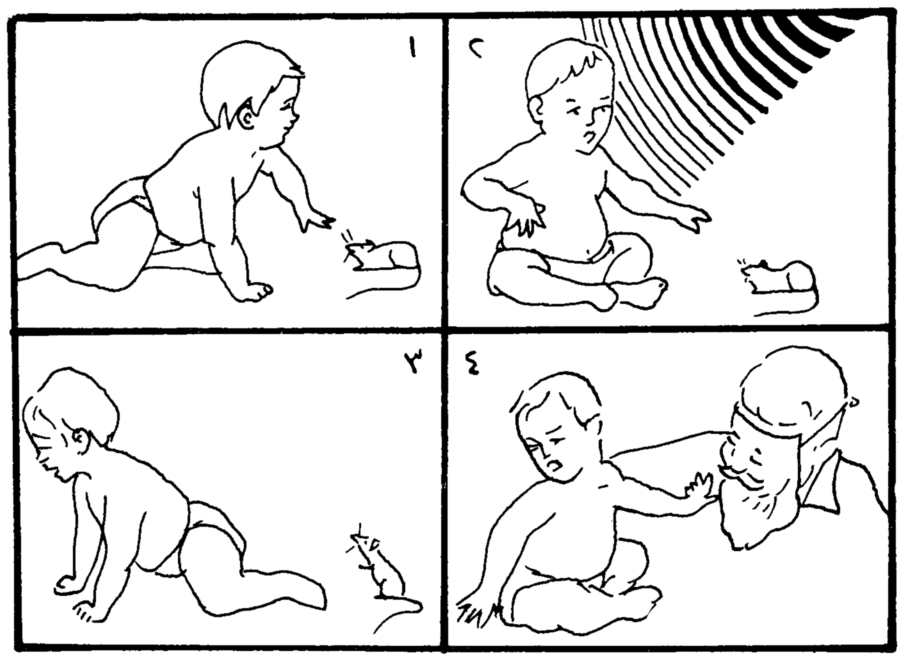
ويتعلم الخوف أو يكتسب عن طريق الإقتران الشرطي . ومن الممكن أن يكون نظام التغذية سبباً في خوف الطفل من الوحدة أو من الظلام أو الحيوانات أو الخبرات الجديدة لاقتران هذه الأشياء بخبرات مؤلمة أخرى . فإذا إنزعج الطفل في مكان مظلم أو حذر من الدخول في مكان مظلم قد ينشأ عن ذلك خوف من الظلام . كذلك إذا انزعج الطفل من حيوان ما – فإنه قد ينشأ الخوف من هذا الحيوان وما يشابهه . ونحن نعترف أن عملية الإشتراط تتعلق بعناصر الإثارة في الإطار الانفعالي . ومن أشهر التجارب التي أجريت على الطفل البرت Albert ما قام به « واطسون وراينور Watson & Raynor » (١٩٢٠) وبينا منها كيف يتعلم الطفل أن يخاف . فعندما عرض على الطفل البرت وهو في سن ٩ شهور عدد كبير من الأشياء من بينها جاكيت من جلد سبع البحر وأرنب وكلب وقرد وفأر أبيض وبعض القطن المندوف – لم يبد على الطفل أي خوف منها جميعاً .

بعد ذلك تعرض الطفل لاشتراط الخوف من الأرنب بالطريقة التالية : قدم الأرنب للطفل وفي نفس الوقت الذي وصل فيه الطفل إلى الأرنب حدث صوت مزعج مفاجيء خلف رأس الطفل . فانزعج وأصابه الرعب ووقع على وجهه . وفي المرة الثانية قدم الصوت المزعج والأرنب على التوالي – فانفجر الطفل في صراخ يشبه صراخ الرضيع ، وبعد ست محاولات بنفس الأسلوب بدأ الباحثان في تقديم الأرنب فقط دون تقديم الصوت المزعج فصرخ البرت وانسحب وأظهر نفس الاستجابات المميزة للخوف .

ولا تبقى الاستجابة الشرطية للخوف كما هي بل يحدث أن تتسع من خلال تعميم المثيرات إلى الناس والموضوعات والمواقف المشابهة لتلك التي حدث معها الاشتراط . لقد وجد « واطسون وراينور » أن خوف البرت من الأرنب قد اتسع ليشمل الفار والكلب وجلد سبع البحر والقطن المندوف والتي حدث أن رآها جميعاً قبل تجربة الاشتراط ولم تحدث أي نوع من المخاوف .

ويحدث الاشتراط بسهولة وسرعة خلال سنوات العمر الأولى لأن الطفل الصغير تنقصه القدرة على الفهم والخبرة اللذين يمكنانه من النظر إلى الموقف نظرة ناقدة ، ومعرفة كيف أن كثيراً

من استجاباته الانفعالية تتصف بأنها غير معقولة .



اكتساب الخوف بالاقتران الشرطي

إلى جانب ذلك فإن الخيال ينمو بسرعة أكبر من نمو التفكير المنطقي – ولذلك فإن الطفل غالباً ما يضخم المعاني التي تحملها المواقف أكثر من حجمها الطبيعي .

وعلى سبيل المثال – فإنه الطفل غالباً ما يتخيل الموقف الباعث على الخوف على أنه أخطر مما هو عليه في الواقع .

وتتصف مخاوف الأطفال بالنسبة لمخاوف الكبار بما يلي :

١ – الشـــــدة :

فالطفل الصغير يستجيب بنفس الشدة لأتفه الأحداث ولأخطر المواقف ، وحتى المراهق فإنه قد يستجيب بانفعال حاد لما يرى الكبار أنه موقف إحباطي بسيط .

٢ – التكـــــرار :

إن انفعال الخوف يتكرر كثيراً لكن الطفل كلما تقدم في العمر يبدأ في اكتشاف بعض

الحقائق ، منها أن عدم التقبل والعقاب غالباً ما يلي أي انفعال حاد ، فيتعلم أن يتحكم في انفعالاته وأن يتكيف مع المواقف الباعثة للخوف . فيتحكم في اندفاعه أو يستجيب بطريقة مقبولة .

٣ – قصر المـــدى :

ينتقل الطفل الصغير بسرعة من حالة إنفعالية لأخرى ويرجع ذلك إلى :

أ – تهيئة نوع من الاتزان الانفعالي المستقر بمسح التعبيرات الانفعالية غير المحزنة .

ب – العجز عن الفهم التام للمواقف بسبب عدم نضج الإدراك والخبرة المحدودة .

جـ – مدة الانتباه القصيرة التي تجعل من الممكن للطفل أن يتحول إلى موضوعات أخرى بسهولة .

٤ – استجابات الطفل تكشف عن فرديته :

يتشابه النمط الاستجابي لكل الأطفال حديثي الولادة ، وبالتدريج وبازدياد تأثير عوامل التعليم والعوامل البيئية – فإن السلوك المقترن بالمخاوف المختلفة يصبح ذا خاصية فردية . فأحد الأطفال سيجري مندفعاً خارج الحجرة عندما يخاف وسيختفي طفل آخر خلف والدته بينما يتسمر طفل آخر في مكانه ويصرخ .

٥ – تغير شدة الخوف من مرحلة لأخرى :

فالمخاوف التي كانت قوية في عمر معين تضعف قوتها كلما تقدم الطفل في العمر . بينما تقوى مخاوف أخرى ضعيفة . وترجع هذه الاختلافات جزئيا إلى التغير في قوة الدوافع ، وجزئيا إلى النمو الإدراكي للطفل وجزئيا إلى التغير في الميول والقيم .

٦ – يمكن التعرف عليها من خلال السلوك الرمزى

قد لا يظهر الطفل مخاوفه بصورة مباشرة ولكن بصورة غير مباشرة عن طريق عدم الاستقرار وكثرة الحركة وأحلام اليقظة والصراخ وصعوبات النطق والعصبية كما في حالة قضم الأظافر ومص الأصابع .

تطور استجابات الخوف عند الأطفال :

نشبه استجابة الخوف لدى طفل عمره ثلاث سنوات تلك الخاصة بالعجز وانعدام الحيلة . ووسيلة الطفل في الحصول على العون والمساعدة هو الصراخ . كما أنه يخفي وجهه ويبتعد قدر استطاعته عن الموضوع المخيف .

وبعد أن يتعلم الحبو والمشي نجده يختفي خلف شخص أو قطعة أثاث ويظل مكانه حتى يهدأ الخوف أو حتى يشعر أنه أصبح في أمان إذا ما خرج من مخبئه . وبتقدم الطفل في العمر — يتحكم في الاستجابات العلنية للخوف تحت تأثير الضغوط الاجتماعية . فتتوقف استجابات الصراخ ولكن تبقى تعبيرات الوجه المرتبطة بالخوف كما ينسحب بعيداً عن الموضوعات المخيفة ولا يحاول الطفل الأكبر سناً أن يخفي خوفه فقط — بل إنه يحاول أيضاً أن يبتعد عن أي موقف يظن أنه قد يخيفه . فإذا ما ووجه بمثير للخوف فقد يعبر عن خوفه بصورة غير مباشرة عن طريق أداء حركي عام يشبه إلى حد كبير حالة الاندفاع الانفعالي الحاد أكثر منه استجابة خوف .

أهمية الخوف :

يعد الخوف ذا أهمية للطفل إذا لم يصبح حاداً . فالمخاوف العادية تعمل كتحذيرات للطفل من الأخطار . ولسوء الحظ فإن كثيراً من الأطفال يتعلمون الخوف من أشياء غير ضارة أو مؤذية . وهنا يكون الخوف معطلاً للأفعال التي يقوم بها الطفل والتي قد تكون مفيدة وممتعة له .

ويعمل الخوف أيضاً كوسيلة للاتصال مع الآخرين . وهو أمر هام لدى كل الأطفال وعلى الأخص أولئك الأطفال ذوو القدرة اللغوية المحدودة. فلو أمكن للطفل أن يفهم ويدرك من خلال التغيرات الجسمية وتغيرات الوجه الظاهرة في طفل آخر أو شخص آخر — أنه في موقف خطر — فإن عوامل الاتصال هذه تكون له بمثابة تحذير من خطر معين . كما أن عوامل الاتصال هذه تمكنه من التعرف على زملائه الذين يتصفون بالشجاعة وزملائه الذين يتميزون بالخوف الشديد ، وكلها حقائق يبنى على أساسها أحكامه عليهم ، وفي ضوئها يقرر مطالبه منهم ومن منهم يمكن أن يتخذه كرفيق للعب وخلافه .

القلـــق :

القلق هو توقع الخوف ويبدأ بتجربة واقعية لحالة قلق لم يستطع الطفل تفاديها . وقد نستطيع

تحمل الألم والضيق إذا كانت حالة وقتية ستزول . ويحتاج الطفل دائماً لمن يأخذ بيده ويخلصه من أثر توتر نفسي يعانيه من الكبار – وإلاّ شعر بالقلق والفزع .

والشعور بالقلق يضعف الشخصية ويعوق نموها وسعادتها ويعطل مقدرتها . وينبع القلق من مشاعر داخل الفرد وليس عن مؤثرات خارجية أو مواقف واقعية كالخوف . فالخوف من الحريق المشتعل بالمنزل هو خطر حقيقي يخافه كل شخص ويحاول تفاديه ، لكن القلق من أن يحترق المنزل ليس خوفاً حقيقياً – بل يرجع إلى أفكار ومشاعر داخلية تجعل الشخص يشعر بأنه مهدد دائماً بالخطر . فالخطر هنا ليس النار – ولكن الشعور بأن ناراً ستشتعل في وقت ما . ومثل هذا الخوف لا أساس له – فهو نوع من التوهم يجعل الطفل قلقاً يفزع من نومه في الظلام ويحلم أحلاماً مزعجة مرتبطة بموضوع الخوف ، ويتطور مثل هذا الخوف الطبيعي إلى قلق .

وقد يبدو على الطفل قلق من الحيوانات أساسه تجربة قاسية مع كلب مسعور مثلاً . وهنا يكون القلق قد تسبب عن خوف له ظروف معينة . وأحياناً يحدث القلق دون سبب ظاهر فالكلاب والقطط والخيل والدجاج وكثير من الحيوانات الأخرى قد يتسبب عنها خوف مفاجيء لا يمكن رده إلى حدث سابق فليس كل قلق راجعا إلى حوادث واقعية فقد يرجع إلى عوامل مثل :

١ – شعور الوالدين نحو الطفل أو ما يتخيله الطفل عن شعور والديه نحوه .

٢ – خوف الطفل من الأب وحبه له في نفس الوقت قد يؤدي إلى نقل الطفل لمخاوفه هذه إلى شخص أو حيوان آخر . ويلعب هذا النقل – نقل القلق من شخص لآخر – وسيلة هامة يلجأ إليها الأطفال لتجنب الضيق الذي يشعرون به لخوفهم من أقرباء لهم أعزاء عليهم .

٣ – قد يرجع القلق إلى نواح خيالية من اختراع الطفل .

٤ – تجارب الطفل الأولى عندما وجد نفسه في مواقف لم يفهم لها تفسيراً أو لم يستطع التحكم فيها لأنه كان ضعيفاً معتمداً على غيره ، وهذه المواقف لا حصر لها وهي تجعله يخشى بعد ذلك أية مناسبة تبدو له أصعب من أن يستطيع لها حلاً ، مما يسبب له ضيقاً قد يستمر معه مدة طويلة حتى بعد انتهاء المناسبة التي أثارته . وقد يتطور الأمر إلى قلق مرضي مزمن . والأحداث التي تبدو تافهة في عيون البالغين تبدو عظيمة الضخامة في نظر الطفل . ويمكن القول بأن القلق هو المعطل لنمو الطفل . والانفعال هو الذي يدفعه لأن يشب جامداً منطوياً على نفسه .

وللطفل في كل مرحلة من مراحل نموه حاجات خاصة إذا لم تشبع نتج عنها القلق. من هذه الحاجات الغذاء،وهو كحاجة عضوية فسيولوجية نفسية – تمده به الأم،وهي شخص يحب الطفل ويعطف عليه ، وإذا لم تشبع حاجة الطفل للطعام والحب فقد تنشأ عنده مجموعة من مظاهر القلق .

وعندما يصبح عمر الطفل بين عام وثلاثة أعوام – يدخل في نوع جديد من التفاعل بينـــه

وبين الكبار منها تعويده على عادات النظافة . فقبل ذلك كان لا يطالب بالسيطرة على عملية التبول والتبرز التي يطالب بها الآن وهي تجربة تضايقه . وقد يتطور هذا الضيق إلى قلق يتعلق بجسمه وبعلاقته بأمه وحتى الآخرين .

وبعد أن يتعلم الطفل من الكبار ما هو مرغوب ومقبول يبدأ في ضبط سلوكه ، وعندئذ تنمو عنده قوة داخلية هي الضمير . وتظهر حالات القلق لديه غالباً عندما يواجه مواقف تتصارع فيها نزعات الخير مع الشر والصواب مع الخطأ .

وفي مرحلة البلوغ يقوم الطفل بعدة توافقات جديدة للتغيرات التي تطرأ على جسمه والدور الجديد الذي يأخذه بين البالغين . وهذه الظروف قد ينتج عنها حالات من القلق في الولد أو البنت . أو قد تعيد إليهم مشاعر قلق قديمة كانت قد نسيت . ويمكن أن نقلل من حالات القلق إذا أحطنا الطفل بعطفنا وحبنا وعاملناه معاملة طيبة دون قسوة .

وقد ينمو القلق من فترة مبكرة من الطفولة وخلال موقف الحضانة . فقلق الأم الصغيرة ينتقل إلى طفلها . فالقلق تثيره أنواع معينة من الاضطرابات الانفعالية في الشخص الذي يتفاعل معه الطفل . ومن أسباب القلق : الانفصال المؤقت للأم عن طفلها خلال مرحلة المهد ، وهناك نظرية تقول أنه من هذه الخبرات المبكرة للقلق ينمو البناء الهام وأنواع الأداء المرتبطة بعد ذلك بمفهوم القلق .

وفي مرحلة الطفولة يستمر سلوك الوالدين واتجاهاتهما كأسباب أساسية للقلق . ويذكر « سوليفان Sullivan » (١٩٥٣) أن عقاب الوالدين وتأثيره وما يسببه من ألم للطفل ورفض وصالهما وانتباههما له من الأمور التي تساعد على نشأة القلق . ويذكر أيضاً أن العقاب وسيلة تعليمية ذات تأثير غير مرغوب لأنه يدعم القلق .

ويفترض « سوليفان » أن القلق في أي سن يعد عاملاً معوقاً في التعليم أو في التفاعل الإيجابي البناء مع البيئة . ويذكرنا تأثير القلق الحاد بضربة على الرأس تستخرج منه في الحال ما يتناسب مع مقدار الضربة ، بمعنى أنها تحدث نوعاً من الاضطراب غير المفيد وخسارة بالنسبة للأداء الفعال . وكما يذكر « سيجل Siegel » (١٩٥٦) فإن القلق يعد عاملاً معطلاً للتعلم الإدراكي للأطفال فالأكثر قلقاً يميلون لأن تكون مفاهيمهم من النوع الذي يختص بالجوانب الانفعالية للموقف أكثر من أولئك الأقل قلقاً .

أما القلق الأقل حدة فقد يسهّل عملية التعلم . ففي عملية التطبيع الاجتماعي قد تساعد درجة معينة من القلق على أن يميز الطفل تلك المواقف والأفعال التي تبعث على القلق ، وبناء عليه فإنه يغير من أفعاله في الاتجاه المرغوب .

إن القلق مثله في ذلك مثل الخصائص والوظائف البشرية الأخرى أمر شائع ، فكل إنسان

قد مارس القلق ولكن هناك فروقاً فردية واسعة في القابلية للإصابة به . وتلعب الرعاية الوالدية والعلاقات التي تقوم بين الوالدين وبين الطفل دوراً هاماً في تنمية القلق في الأطفال . وقد وجد « كاجان Kagan »(١٩٥٦) أن عدم وجود نموذج ذكري أبوي واضح يتطابق معه الطفل يعرقل تطابق الدور الجنسي — ويكون ذلك سبباً في نشأة القلق .

القلق والأداء المدرسي

تشير الدراسات التجريبية عن العلاقة بين القلق والأداء المدرسي إلى أن أطفال المدارس ذوي القلق العالي يتفوقون على ذوي القلق المنخفض ولكن في الأعمال البسيطة ، ويكونون أكثر تخلفاً في الأعمال المعقدة (مكاندليس وكاستنادا وباليرمو ، ١٩٥٦) .

وقد وجد « ساراسون Sarason » (١٩٦١) أنه ليس من الضروري أن يكون أداء الأفراد القلقين أقل جودة في الأعمال المعقدة — حيث يقتصر ذلك على الأعمال التي تتضمن تهديداً لشعورهم بالتوافق . ويتفق ذلك مع القول بأن القلق ينشأ من أي تهديد لأمن الفرد . ومعنى ذلك أنه في الموقف المدرسي وعلى الأخص تلك المواقف الباعثة على القلق يكون الأداء أفضل في الجو الذي يشيع فيه الأمن والخالي من التهديد .

ويذكر « مكاندليس وكاستنادا وياليرمو » (١٩٥٦) أن الأطفال ذوي القلق العالي عادة مايكونون أقل شعبية من الأطفال الأقل قلقاً ، فالأكثر قلقاً يتميزون بمفاهيم أقل إيجابية نحو الذات ، كما يعبرون عن شعورهم بعدم الرضا عن أنفسهم وعن الآخرين ، كما يعبرون عن مشاعر سلبية أكثر من الأطفال الأقل قلقاً .

وعلى مستوى المدرسة الإبتدائية وجدت ارتباطات هامة بين درجات اختبار القلق وتقديرات المدرسين لمستويات التكيف ودرجات اختبار كاليفورنيا للشخصية . حيث تبين أن الأطفال الأكثر قلقاً قد رتبهم المدرسون على أنهم أكثر من حيث سوء التكيف محددين سوء التكيف في صورة عدم استقرار ونقص في الانتباه وعدم قدرة أو عدم رغبة في الجلوس هادئاً .

ومن الملاحظات التي يجمعها المدرسون عن تلاميذهم في الفصل لوحظ أن أكثر الأطفال قلقاً يبدو عليهم أنهم أقل اهتماماً بالواجبات المدرسية من الأطفال الأقل قلقاً . كما يكشفون عن درجة أكبر من عدم الأمن في علاقاتهم بمدرسيهم .

ويذكر المحللون النفسيون أن الأولاد والبنات يتعاملون مع القلق بطرق مختلفة ، حيث توجه البنات ميكانيزماتها الدفاعية نحو الذات (أحلام اليقظة) ، بينما يوجه الأولاد دفاعاتهم نحو الخارج

نحو أشخاص آخرين أو موضوعات أخرى في صورة مقاومة وعصيان .

تشير كثير من الدراسات التي أجريت لتحديد أثر القلق على الذكاء والتعلم إلى وجود إرتباطات سالبة هامة بين القلق وكل من الذكاء والتحصيل الدراسي . فعلى مستوى المدرسة الابتدائية وجد « مكانلديس وكاستنادا » (١٩٥٦) أن القلق يضعف من الوظائف العقلية للطفل وكذلك من قدرته على الانتباه وأن جهوده تتحول نحو مواجهة مشكلاته بحيث يجد نفسه قاصراً عن التعامل مع واجباته الأخرى بنجاح .

هذا في الوقت الذي تبين فيه أن الدرجة المعقولة من القلق المتعلق بالتحصيل تعد مفيدة لبعض الأطفال . فقد وجد « ميسر Messer » (١٩٧٠) أن القلق الخاص بالأداء بين تلاميذ الصف الثالث عند تعريضهم لخبرة فاشلة قد أدى إلى عدد أقل من الأخطاء في العمل التالي وأنهم كانوا يميلون للسلوك بطريقة تتصف بالتروي والتفكير عما كانوا عليه سابقاً . وهذا يعني بالنسبة لهؤلاء الأطفال أن القلق قد ساعد على وجود عمل إيجابي وذلك بزيادة إنتباههم للعمل ، وأنهم قد أقدموا على العمل بحرص ودقة أكبر .

أما « ساراسون وزيمباردو Sarason & Zimbardo » (١٩٦٤) عند دراستهم للعلاقة بين القلق والذكاء والتحصيل الدراسي فقد وجدا ما يلي :

١ — ارتباطات سالبة بين القلق والذكاء والتحصيل الدراسي تتزايد عاماً بعد آخر في المدرسة الابتدائية مشيرين إلى أن القلق يدهور بصورة متزايدة الأداء المدرسي المعقول خلال سنوات هذه المرحلة .

٢ — تتعلق تغيرات القلق المتطرفة بتغيرات في معامل الذكاء IQ وبالتحصيل بحيث نجد أن الطفل الذي انخفض لديه مستوى القلق في فترة معينة يتميز بزيادة ملحوظة في معامل الذكاء والتحصيل الدراسي .

٣ — أن القلق يؤثر على القراءة بصورة ملحوظة أكثر من تأثيره على درجات الرياضيات. ويفترض الباحثان أن الاهتمام الزائد والضغط من قبل الوالدين والمدرسين على الطفل في مجال القراءة أكثر منه في حالة المهارات الأكاديمية الأخرى . وأن القراءة تعد عملاً معقداً أكثر من الرياضيات ، ولذلك فالقراءة تتأثر أكثر من الرياضيات إلى حد كبير بمستوى القلق عند الطفل .

وفي دراسة تجريبية قام بها « كوتلر Cotler » (١٩٦٩) تتضمن القراءة الشفوية بين تلاميذ الصف الرابع حتى السادس ممن هم أقل وأكثر قلقاً تبين أن الأطفال الأكثر قلقاً يقرأون ببطء وبطريقة غير صحيحة عن الأطفال الأقل قلقاً . وتفترض هذه النتائج أن الدروس

التي تحتاج للأداء الشفوي (التسميع والقراءة الشفوية) تحدث اضطراباً انفعالياً لدى الأطفال الأكثر قلقاً بسبب الضغط الناتج . وعليه فإن دروس الإملاء تكون مفضلة لديهم .

القلق ومفهوم الذات :

وتشير كثير من الدراسات إلى أن بعد مفهوم الذات الجيد أو السيىء يرتبط بالقلق . فالإشخاص ذوو مفهوم الذات الجيد أقل قلقاً وأفضل تكيفاً وأكثر فعالية في جماعاتهم وأكثر أمانة مع أنفسهم وأقل لجوءاً إلى الحيل الدفاعية . وهناك العديد من الدراسات التي أجريت على أطفال وعلى بالغين تبين وجود علاقة بين عدم تقبل الذات أو مفهوم الذات السلبي وبين القلق .

أول هذه الدراسات دراسة « ليبزيت Lipsitt » (١٩٥٨) على ٣٠٠ طفل في الصف الرابع والخامس والسادس الابتدائي من الذكور والإناث ، سئل الأطفال أن يجيبوا على قائمة من الصفات محددين ما إذا كانت الصفة تنطبق عليهم تماماً أو لا تنطبق عليهم بالمرة .

ثم عاد مرة ثانية فسألهم إذا ما كانت الصفة مرغوبة أو غير مرغوبة بصفة شخصية . وحصل بذلك على دليل عام لبعد مفهوم الذات الجيد والسيىء . ثم طبق عليهم اختبارا في القلق ووجد الآتي :

١ ـ أن الأطفال ذوي مفهوم الذات الضعيف كانوا أكثر قلقاً سواء بالنسبة للذكور أو البنات ـ حيث كانت العلاقة بين مفهوم الذات والقلق ذات دلالة احصائية هامة .

٢ ـ وعندما قورن الأطفال الذين حصلوا على درجات عالية في مقياس القلق بالأطفال الذين حصلوا على درجات منخفضة ـ كانت المجموعة الأولى أقل شعبية ويواجهون صعوبات كثيرة في حل واجباتهم المدرسية ، كما أن أداءهم الدراسي خاصة في المواد الصعبة أقل جودة .

٣ ـ الأطفال الذين أشاروا إلى أن لديهم كثيرا من المشاكل الانفعالية تبين أنهم أكثر قلقاً من الأطفال الذين أشاروا إلى عدد أقل من المشاكل الانفعالية .

٤ ـ الأطفال الذين ينتمون إلى أقليات سلالية تبين من الدراسة أنهم أكثر قلقاً وتوتراً من الأطفال الآخرين .

وفي دراسة أخرى قام بها « كوبر سميث Cooper smith » (١٩٥٩) مستخدما نفس مقياس القلق الذي استخدمه «ليبزيت» وذلك على عينة قوامها (١٠٢) طفلاً بالصف الخامس

والسادس ولكنه استخدم مقياساً آخر لمفهوم الذات وتبين له الآتي :

١ ـ أن الأطفال الذين يقدرون أنفسهم تقديراً عالياً كانوا أقل قلقاً من أولئك الأطفال الذين قدروا أنفسهم تقديراً منخفضاً في مقياس مفهوم الذات .

٢ ـ كان الأطفال الذين قدروا أنفسهم عالياً أكثر شعبية بين جماعاتهم .

وقد تبين في دراسة « متشيل Mitchell » (١٩٥٩) أن النتائج السابقة تصدق على الكبار أيضاً، فهناك علاقة هامة بين مستوى القلق ومستوى تقدير الفرد لنفسه وحب جماعته ومستوى التكيف . أي أنه كلما انخفض مستوى القلق كان تقدير الفرد لنفسه أعلى وكلما كان أكثر تكيفاً .

المخاوف المرضية Phobia

يصبح القلق في حالة استجابة الخوف المرضية مرتبطاً بموضوع محدد في البيئة الخارجية . ولكن هذا الموضوع في حد ذاته ليس مصدراً لأي خطر . وقد يتبين الشخص العصابي أن حدة مخاوفه أمر غير معقول وليس لها تفسير معقول .

وفي بعض الحالات يكون موضوع الخوف المرضي (الفوبيا) في صورة رمزية . وفي حالات أخرى يكون متصلاً بشدة بالصراعات القائمة . لقد ترك عامل البناء عمله لأنه بدأ يخاف من الارتفاعات ، ونحن نعرف أن بعض الاصابات يمكن أن تحدث في أعمال البناء وإلى هذا الحد فإن مخاوفه تبدو واقعية ، ولكن عامل البناء هذا بدأ في الخوف أيضاً من الأراضي الفضاء (وهي ليست مصدراً للخطر) وأيضاً من الموت .

ويقال أنه قبل ظهور هذه الحالة عند هذا الفرد ـ بدا زميل له يثيره ويغضبه باستمرار ، ولكن صاحب الحالة كان يشعر بالعجز عن اتخاذ موقف فعال لايقاف مضايقات زميله له . ومن الممكن أن يكون تركه لعمله إنما هو حماية لنفسه ضد الدافع إلى قتل زميله وضد عجزه عن الوقوف في وجه ذلك الذي يؤذيه . وعلى أية حال فإن نشأة فوبيا الارتفاعات هو حل فعال لمشكلته وتبرير لامتناعه عن العمل الذي يدر عليه دخلاً . وليست هناك حدود للرموز التي ترتبط بالفوبيا مادام العقل الإبداعي للإنسان في إمكانه أن يبني ارتباطات لا حصر لها . والمخاوف المرضية المرتبطة بالثعابين والحشرات غير الضارة أو الطيور الطائرة أو لمس إنسان آخر أو الشعر والأشياء الأخرى ، أو المواقف التي تتصف بالأمان التام ـ قد تؤدي إلى ستجابات قوية تؤدي إلى رعب إذا لم يتمكن الفرد من الهروب . وتتميز استجابات الفوبيا بأنها تحذر الفرد وتحميه حتى يتجنب أي اتصال بموضوع الفوبيا الخطر . ويمكن تشبيهها كما لو كان الفرد العصابي يتعامل مع صراعاته

الداخلية باخراجها واسقاطها على موضوع ما ، وبالتالي فطالما هو قادر على تجنب هذا الموضوع ففي امكانه تجنب مواجهة الرعب الكامن بداخله هو نفسه .

مصادر اكتساب الخوف :

يكون الطفل الصغير في مأمن من مثيرات الخوف إلى حد كبير ، ولكن كلما اتسعت البيئة التي يتحرك فيها يصبح أكثر اتصالاً بأشياء عديدة يحتمل أن يكون بعضها مخيفا . وبالمثل فإنه كلما تقدم إدراكه العقلي في النمو فإنه يدرك ويتخيل بعض أنواع التهديد الكامنة في الأشياء والمواقف وحتى الناس الذين لم يسبق لهم أن أخافوه أو سببوا له الخوف . وكنتيجة لذلك فإن مخاوفه تتعدد وتميل لأن تكون أكثر شدة .

وأغلب المخاوف مكتسبة – ولكن ليست كلها متعلمة بنفس الطريقة . فهناك نوع يأتي عن طريق الاقتران المباشر بين الخبرات وبين المثيرات التي تثير الخوف عادة كالأصوات المزعجة والمفاجئة . وينشأ البعض الآخر خلال عملية التقليد – كالخوف من الرعد والبرق الذي يكتسب عن طريق تقليد سلوك الخوف الذي يبدو من الآباء أو الزملاء .

وهناك نوع ثالث من الخوف يتكون عن طريق الاشتراط الناتج من مواجهة موقف غير سار كما في حالة الخوف من الأطباء وأطباء الأسنان والمستشفيات والحيوانات الكبيرة . والنوع الأخير من الخوف ينشأ من الخبرات المخيفة التي يراها أو يسمعها الطفل من الراديو والتليفزيون والسينما والكتب الهزلية وقصص الجنيات .

المخاوف المميزة للأعمار المختلفة :

يمكن تقسيم المخاوف المختلفة طبقاً للمرحلة التي يمر بها الفرد إلى عدة أنواع ، فهناك مخاوف خاصة تميز أعماراً معينة ويمكن تسميتها بالمخاوف النوعية لمستويات معينة من العمر . كما أنه لا يوجد انتقال مفاجيء من نوع معين من المخاوف إلى نوع آخر ولكن الانتقال تدريجي من مخاوف محددة إلى مخاوف عامة .

١ – المخاوف النوعية لمرحلة المهد :

وهي الأصوات المزعجة العالية والحيوانات والغرف المظلمة والأماكن المرتفعة والتغير المفاجيء

والوحدة والألم والأشخاص الغرباء والأماكن الغريبة وبعض الأشياء .

٢ ـ المخاوف النوعية لمرحلة الطفولة المبكرة :

وأطفال هذه المرحلة يخافون عادة من أشياء أكثر من أطفال المهد أو المرحلة التالية . ويعتبر سن (٢ ـ ٦) من العمر قمة بالنسبة لمخاوف معينة في نمط النمو العادي . فالطفل في هذه المرحلة أكثر قدرة من طفل مرحلة المهد على معرفة أن هذه المخاوف قد لا تكون موجهة له شخصياً .

٣ ـ المخاوف النوعية للطفولة المتأخرة :

تتركز مخاوف أطفال مرحلة (٧ ـ ١٢) على الأخطار الوهمية وقوى ما وراء الطبيعة وأخطار البعد والعمق والظلام وللكائنات الخيالية المرتبطة بالظلام والموت والضرر والأذى ، وعلى بعض العناصر مثل الرعد والبرق ، وعلى بعض الشخصيات التي قرأ عنها من القصص والسينما والروايات والتليفزيون .

كما يوجد لدى مثل هؤلاء الأطفال الكثير من المخاوف التي تتعلق بالذات أو بالمكانة. فهم يخافون الفشل أو أن يسخر منهم أحد ، أو من أن يكونوا مختلفين عن الجماعة . وبصرف النظر عن عمر الطفل فإن الصفة الأساسية في كل مثيرات الخوف هي أنها تحدث فجأة ودون توقع ولا يكون لدى الطفل الفرصة لأن يتكيف معها . فخوف الرضيع من الغرباء يرجع جزئياً إلى كونه قد تعود على رؤية وجوه مألوفة ، وعجزه عن التكيف السريع للظهور المفاجىء لأي غريب . وبتقدم الطفل في العمر وازدياد نموه الإدراكي فإنه يتمكن من التكيف السريع مع الظروف المفاجئة غير المتوقعة .

وتقع كثير من مخاوف الأطفال الأكبر سناً تحت قائمة القلق والانزعاج . ونجد في كل عمر ـ بعض الحالات التي تشذ عن القاعدة العامة المميزة لنفس السن . وهذه الحالات تعكس بعض الفروق الفردية في النمو العقلي والجسمي ، كما تعكس اختلافات في الخبرات التي يمر بها الأفراد والتي تحدد ما يتعلمه الأطفال من المخاوف وتعلم كيف يعبرون عن مخاوفهم ؟

العوامل المسؤولة عن التنوع في مخاوف الأطفال :

أولاً : الذكـــاء :

إن الطفل الذي يسبق في نموه أقرانه من نفس السن يتشابه في مخاوفه مع المجموعات الأكبر سناً بينما تتشابه مخاوف الطفل المتخلف مع مخاوف الأطفال الأصغر سناً .

وبينما نجد أن مخاوف أكثر أطفال عمر ثلاث سنوات تحددها المواقف — فإن طفل الثلاث سنوات الأسرع نمواً يتميز بمخاوف عامة ووهمية . ومثل هذا الطفل يتميز بمخاوف أكثر مما لدى زملائه العاديين من نفس السن لأنه أكثر وعياً بالخطر وإمكانياته .

ثانياً : الجنس :

إننا نجد في كل الأعمار أن لدى البنات مخاوف أكثر من الاولاد ، ومن الشائع اجتماعياً أن تخاف البنات من أشياء معينة كالثعابين والخنافس والحشرات .

ثالثاً : الوضع الاقتصادي الاجتماعي :

إن مخاوف الأطفال الذين ينتمون للطبقات الفقيرة أكثر من مخاوف الأطفال الذين ينتمون إلى الطبقة المتوسطة أو الغنية . فهم يخافون على الأخص من العنف الذي يزعج أطفال الطبقة المتوسطة والعالية بدرجة أقل كثيراً .

رابعاً : الحالة الجسمية :

فإذا كان الطفل متعباً أو جائعاً أو ذا صحة ضعيفة فإنه يستجيب بدرجة كبيرة من الخوف عما لو كان في حالة طبيعية ، كما سيخاف في كثير من المواقف التي لا تثير الخوف فيه أصلاً .

خامساً : الاتصال الاجتماعي :

أن يوجد الفرد مع آخرين خائفين فإنه سيخاف أيضاً . وكلما زاد عدد أفراد الجماعة زاد معدل انتشار المخاوف ، كما يزداد عدد مثيرات الخوف لدى الطفل الواحد .

سادساً : ترتيب الطفل الميلادي :

يميل الطفل الأول لأن تكون مخاوفه أكثر من الطفل الأخير لأنه يتعرض لحماية زائدة عن الحد من الوالدين . وكلما كان ارتباط الأشقاء الصغار كبيراً بالأشقاء الكبار كلما كانت المخاوف المتعلمة أكثر .

سابعاً : الشخصيـــة :

يميل الأطفال الأقل شعوراً بالأمن لأن يكونوا أكثر وأسهل خوفاً من الأطفال الذين يشعرون بالأمن . كما يتعلم الطفل المنبسط مخاوف أكثر عن طريق تقليد الآخرين وذلك على عكس الطفل المنطوي .

وعموماً فإن الفروق الفردية في استجابات الخوف أكثر من تلك التي تشير إليها العوامل التي سبق ذكرها . فالخوف لا يعتمد ببساطة على مثير معين ، ولكن على الظروف المحيطة بالفرد وعلى حالة الطفل في وقت حدوث المثير . وحتى يمكننا التنبؤ إذا ما كان طفل ما سيخاف في موقف ما – وجب علينا أن نعرف الحالة الفسيولوجية والنفسية الطفل في هذا الوقت وتاريخ استجاباته المرتبطة بالخوف .

مخاوف الأطفـــال :

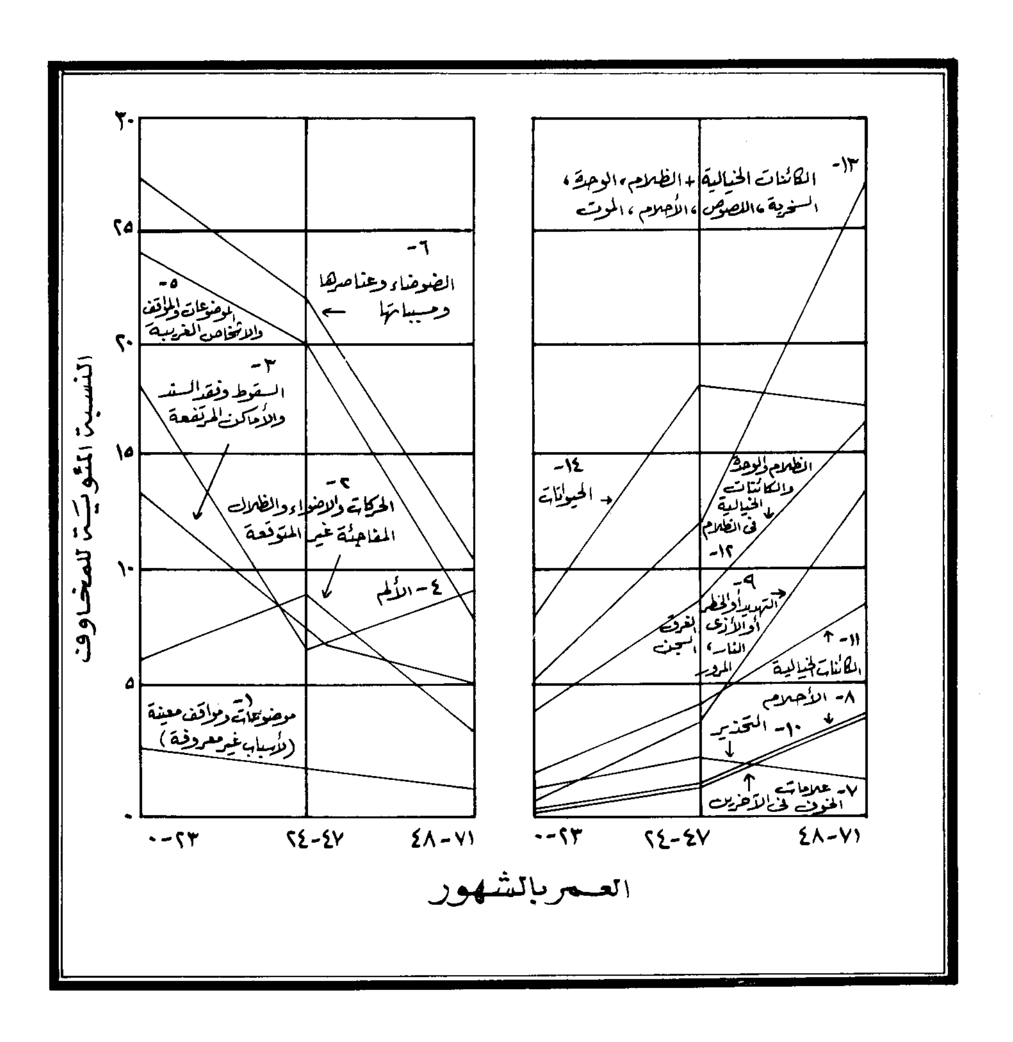
إن أفضل تمييز بين الخوف والقلق يكون في إطار الموقف الباعث للانفعال . فالمصطلح قلق ينطبق على تلك الحالة التي تشبه الخوف والتي يثيرها توقع أو توهم التهديد للكيان الجسمي أو النفسي للفرد ، لكن الخطر أو التهديد غير موجودين في الشعور عند ظهور القلق الذي لا يتصف بالموضوعية أيضاً .

أما الخوف فهو الاستجابة الانفعالية لموقف موضوعي قائم ومدرك على أنه مهدد لكيان الفرد . وتتكون الحالة الانفعالية في الوليد من تهيج عام غير متخصص دون تمييز حتى بين ما هو سار وما هو غير سار ، فقط بعد ستة أشهر تقريباً وطبقاً لما ذكره « بريدجز Bridges » (١٩٣٢) يصبح من الممكن أن نحدد انفعال الخوف بصورة مميزة عن الأشكال الأخرى من الضيق . وفي هذه السن يوجد عدد قليل من مثيرات الخوف غير الشرطية . فحضور أو اقتراب شخص غريب من الطفل مثلاً قد يؤدي إلى حالة من الضيق والخوف . كما أن الصوت المزعج أو سقوطه

المفاجىء يعد من المثيرات القليلة نسبياً والتي تؤدي إلى ظهور الخوف . ومن المعروف أن الطفل في حماية من كثير من الضيق المتسبب عن الخوف خاصة في الشهور الأولى .

وحيث تنمو القدرات المعرفية للطفل بسرعة مما يعني أن قدرته على معرفة الأخطار وادراك كثير من الموضوعات والمواقف المهددة أو الخطرة في تزايد – وعن طريق عملية الاقتران الشرطي – تصبح المثيرات غير المخيفة بطبيعتها مصدراً لإثارة مخاوف الطفل . وتأخذ تغيرات النمو طريقها بالنسبة لمخاوف الطفل حيث نجد أنه حتى سن ٢٣ شهراً وطبقاً لنتائج دراسة كل كل من « جيرسيلد وهولمز Jersild & Holmes » (١٩٣٥(تصبح الضوضاء والأشياء التي تحدث الضوضاء والأشياء الغريبة والأشخاص والمواقف أسباباً للخوف وتمثل ربع الخبرات المرتبطة بالخوف . وخلال العامين التاليين تصبح هاتان المجموعتان السابقتان من مثيرات الخوف أقل نسبة من مثيرات الخوف بعد ذلك (تصبح حوالي ١٠ ٪ في عمر ٤ سنوات) حيث تصبح الكائنات الوهمية والظلام والوحدة والأحلام أكثر تجسيداً لمثيرات الخوف خلال هاتين السنتين حيث تتغير الزيادة من ٥ ٪ إلى ٣٠ ٪ . ويستمر التغير في خصائص المواقف التي تحمل التهديد كلما تقدم الطفل في العمر .





النسبة المئوية للمخاوف
٣٠
٢٥
٢٠
١٥
١٠
٥
٠
٦- الضوضاء وعناصرها ومسبباتها
٥- الموضوعات والمواقف والأشخاص الغريبة
٣- السقوط وفقد السند والأماكن المرتفعة
٢- الحركات والأضواء والظلال المفاجئة غير المتوقعة
٤- الألم
١- موضوعات ومواقف معينة (لأسباب غير معروفة)
١٣- الكائنات الخيالية + الظلام، الوحدة، السخرية، اللصوص، الأحلام، الموت
١٤- الحيوانات
الظلام والوحدة والكائنات الخيالية في الظلام
١٢-
٩- التهديد أو الخطر أو الأذى
الغرق، الجن
النار، المرور
١١- الكائنات الخيالية
٨- الأحلام
١٠- التحذير
٧- علامات الخوف في الآخرين
٠-٢٣
٢٤-٤٧
٤٨-٧١
العمر بالشهور

ويكثر الخوف خلال المدرسة الابتدائية من الأخطار الوهمية والخيالية وما وراء الطبيعة والبعيدة . ويميل الأطفال أيضاً إلى الخوف من أمور كالبرق والرعد والعواصف وأمور مثل الموت والأذى وقصص الرعب في السينما والتليفزيون وغيرها وبعض المخاوف الأخيرة ذات طبيعة تشبه القلق .

كما يشعر أطفال هذه الأعمار بالقلق حول أمور مثل الذات وقدرتهم ومكانتهم وحول أمور مثل الفشل والاختلاف عن الآخرين والنبذ أو السخرية بهم من الآخرين وهناك دراسة واحدة عن مخاوف الأطفال قام بها « كروك Croake » (١٩٦٩) حيث أجرى مقابلات مع ٥٣ تلميذاً بالصف الثالث والرابع والخامس والسادس وحتى الصف الثامن ، وقد تكونت العينة من عدد متساو تقريباً من الأطفال الذين ينتمون للمستويات العليا والدنيا من الناحية الاقتصادية الاجتماعية ، كما ينتمي بعضهم إلى مدن صغيرة والبعض إلى مدن كبرى . وتبين له من الدراسة ما يلي :

١ - تزيد مخاوف البنات بصفة عامة على مخاوف الذكور .

٢ - ذكر الأطفال الذين ينتمون للمستوى الاقتصادي الاجتماعي الأدنى عدداً أكبر من المخاوف عما ذكره الأطفال الذين ينتمون للمستوى الأقتصادي الاجتماعي الأعلى .

وفيما يلي أهم المخاوف المميزة للأطفال :

١ - الخوف من الوحـــدة :

الإنسان إجتماعي بطبيعته ، فنحن نبحث دائماً عن صحبة الآخرين كشركاء حياة في حالة الزواج وكأصدقاء وكزملاء عمل أو دراسة أو لعب ، أو كزملاء في جماعة رسمية . ومن الصعب أن يعيش الإنسان بمعزل عن الآخرين وقليل جداً من الناس من يمكنه أن يعيش بمفرده ومنهم النساك والرهبان وهي حالات شاذة . ولعل ما يعانيه السجين في سجنه الانفرادي من حرمان من تقبل الناس له لتعبير صادق عن الطبيعة الاجتماعية للإنسان . فحرمان الفرد من فرصة الوجود مع الآخرين هو أقسي عقاب له .

ويعيش الإنسان في جماعات وتقوم حياته على الأمن الذي يستمده من الجماعة . ويذكر علم الاجتماع أن تجمع الإنسان مع غيره من الناس في جماعات يرجع إلى غريزة التجمع . والرعية هي البيئة الطبيعية العادية للإنسان ، وسيشعر الفرد الواعي بالارتياح في الوجود الطبيعي للزملاء

وبعدم الارتياح في غيابهم ، وأن الوحدة ليست في صالحه فهي رعب حقيقي ومصدر لكثير من متاعبه .

إن غريزة التجمع كما يسميها علماء الاجتماع تبدو واضحة في الأنواع التالية من السلوك التجمعي للإنسان :

١ – الخوف من الوحدة سواء البدنية أو العقلية .

٢ – الحساسية الزائدة لنداء الجماعة أكثر من أي مؤثر آخر .

٣ – انتقال عواطف الجمهرة للفرد سواء في حالة عنفها أو في حالة رعبها .

٤ – الخضوع لتأثير قيادة الجماعة .

٥ – الاعتماد على كونه معروف بأنه عضو في الجماعة .

٦ – وتزداد مشاركة الفرد للجماعة كلما ازداد مستوى الخوف لديه، وتشير البحوث العديدة إلى أن العزلة تولد الشعور بالقلق، وعليه فإثارة دافع قوي كالقلق قد يؤدي إلى تكوين ميل لتجنب العزلة أو البحث عن المشاركة .

وقد أجرى « ستانلي شاشتر Stanley Schachter » (١٩٥٩) تجربة لإثبات المفهوم السابق، فعرّض نصف العينة التي درسها إلى درجة عالية من الخوف والنصف الثاني إلى درجة منخفضة من الخوف . والخوف التجريبي في الحالة الأولى الذي سيتعرض له الأطفال هو توقع صدمة كهربائية مؤلمة كجزء من دراسة عن تأثير الصدمات الكهربائية . أما المجموعة الثانية فلا تتوقع أي ألم مادامو ا سيتلقون مثيراً كهربياً ضعيفاً .

وقد أشارت النتائج إلى أن أولئك الذين يتوقعون الألم كانوا في الحقيقة أكثر خوفاً .

ولمعرفة تأثير هذا الفرق في الخوف من الصدمة المتوقعة على المتغير التابع وهو المشاركة الاجتماعية – فقد أعطيت العينة فرصة لقضاء فترة انتظار مدتها ١٠ دقائق قبل الصدمة سواء منفردين أو مع أطفال آخرين . وطلب إلى كل طفل من أفراد العينة أن يوضح إذا ما كان يرغب أن يكون وحيداً أو مع آخرين ، وإذا كان يرغب أن يتواجد مع آخرين فما هي قوة حاجته للآخرين ؟ وقد أكدت النتائج أن الخوف يؤدي إلى مشاركة الآخرين . كما بينت النتائج أن الأطفال الأكثر خوفاً كانوا أكثر تفضيلاً للمشاركة الاجتماعية فقط مع الآخرين الذين يتميزون بنفس الحالة الانفعالية حتى ولو لم يتحدث كل منهم مع الآخر .

كما تبين أيضاً بالإضافة إلى ما سبق بعض النتائج المهمة منها :

١ ـ أن الأطفال ذوي الترتيب الأول من حيث الميلاد كانوا أكثر خوفاً واتجهوا نحو الآخرين أكثر من الأطفال الذين كان ترتيبهم الميلادي الثاني والثالث أو الرابع أو غير ذلك .

٢ ـ ذوو الترتيب الأول من حيث الميلاد كانوا أكثر اعتماداً على الآخرين .

والخوف من الوحدة كالخوف من الظلام ينشأ من شعور الطفل بعدم السعادة وينشأ نتيجة الألم والضيق اللذين ينتابان الطفل عند شعوره بالوحدة والإهمال فيخاف من أن يترك وحيداً . ويتعلق الخوف من الوحدة بالشعور بالحرمان من العطف أيضاً والشعور بأنه غير محبوب من أحد . فالطفل في حاجة لتشجيع الكبار له وعنايتهم به طوال مدة نموه ومعاونتهم له على السلوك الذي يتصف بالشجاعة . وعندما لا يجد الطفل الرضا من الكبار يلتمسه في الأشياء التي يمتلكها – فيحبها ويخلع عليها الإعجاب والعطف اللذين يتوق إليهما واللذين حرم منهما فالعطف يجعل الأطفال يشعرون بأهميتهم وهذه الأهمية تساعدهم على تنمية رغبتهم في محاولة أشياء جديدة بل تساعدهم على النمو . ويزداد تعلم الطفل بعطف الآخرين وإعجابهم به وتشجيعهم إياه . والأطفال يحتاجون دائماً لمن يشاركهم نجاحهم وأن يكسبوا رضا الناس عنهم . فالزوج ينتظر ذلك من زوجته ورجل الأعمال الناشىء من والده المجرب والمدرس من زميله . ويتعرف الطفل على رضا الأم عنه من ابتسامتها وهو يعمل على تنفيذ رغباتها من أجل هذه الابتسامة والحصول على رضاها . وبعد شهور يصبح الوالد مصدراً جديداً للتشجيع ، ثم يدخل أشقاؤه كمصدر آخر للتشجيع واهتمام كل هؤلاء به يدفعه لبذل مزيد من الجهد .

٢ ـ الخوف من المــوت :

قد يكون لخوف الطفل من الموت نفس السبب الذي من أجله يخاف من العزلة ، فالموت مظهر من مظاهر العزلة . والطفل الصغير يتألم أشد الألم من مظاهر العزلة التي يتصف بها الموت . فهو يبكي على الحيوان الأليف الذي يموت ويحرم من تدليله بينما يرى في موت الكبير هجراً له وإهمالاً لشخصه . وهو لا يستطيع أن يقاوم هذه الأفكار الحزينة فيدفنها في أعماقه ، ولكنها تنمو وتنفجر أحياناً بعد زمن تحت تأثير ضغط قوى من الخارج . فقد وجد في حالة الحروب أن الذين يصابون بانهيار عصبي كثيراً ما كانوا يسترجعون بذلك حالات القلق التي عانوها في الطفولة . وربما كانت حالات القلق هذه مرتبطة بالموت .

٣ – الخوف من المرض :

يحدث الخوف الحاد اضطراباً في السلوك قد يعوق تحقيق أهداف الفرد فيزداد بالتالي توتره واضطرابه . وعندما لا يصل إلى تفسير معقول لمخاوفه نظر إلى نفسه كشخص يختلف عن الآخرين أي أنه غير طبيعي . والذين يشعرون باضطراب سببه غير واضح أي ليس لمخاوفهم سبب معقول يسهل التأثير عليهم وتحويل مشاعرهم إلى اتجاهات أخرى قد تكون مرحاً ونشوة أو غضباً . فقد تميزت بعض النساء بخوف مرضي من الفئران ، وعندما أوحى إليهن بأن الاستجابات الانفعالية التي يعيشونها بسبب الفئران كانت رد فعل لعقار يقوم بعض الباحثين بتجربته لدراسة تأثيره على حدة الابصار أصبحن أكثر قدرة على الاقتراب والإمساك بفئران التجارب المعملية .

وهناك بعض الأفراد الذين يتميزون بخوف قوي غير معقول من بعض الاضطرابات الفسيولوجية لأنها ترجع إلى قوى خارجية تعمل على إيذائهم . وعندما يتقبل الفرد مثل تلك المعتقدات الشائعة في مجتمعه حول الأسباب الخارجية للأمراض كالأرواح الشريرة والسحرة وغير ذلك . وبعض الأمراض غير القابلة للشفاء واحتمالاتها – فمن السهل أن ندرك كيف يتقبل مصيره كأمر مفروض لا علاقة له بكل القوانين العلمية ويدعم مثل هذا التفكير أو مثل هذا الشعور بالعجز والاستسلام لأفراد جماعته التي يشيع بينها مثل هذه الاعتقادات . وإذا ما خرج على هذه المعتقدات وأنكرها نبذوه . ومن أهم وظائف التربية الحديثة تأكيد مفهوم قدرة الإنسان على التحكم في بعض العوامل الطبيعية المحيطة به وتحقيق رسالته في هذه الحياة . فمثلاً لو أن مرض السرطان قد تبين علماً أنه يصيب الحيوانات بعد فترة طويلة من التنبيه العصبي واليقظة الحادة والكبت والشعور بالعجز – فمن السهل أن نتوقع مدى الخوف الذي ينتاب الفرد الذي يعتقد أنه محطم وما يمكن أن يؤدي إليه هذا الاعتقاد من صدمة مدمرة أو موت محقق . ويقال أن التنبيهات العصبية الحادة المستمرة تصحبها زيادة في إفراز الأدرينالين من الجزء الداخلي من الغدة الكظرية وهو الذي يؤدي إلى الموت في مثل هذه الحالات . وطبقاً لهذه النظرية فإن الأدرينالين يتلف جدران الشعيرات الدموية فتتسرب بلازما الدم إلى الأنسجة المحيطة بها مما يؤدي إلى انخفاض ضغط دورة الغذاء المرسل إلى أجزاء الجسم المختلفة فيصاب الكائن بحالة تشبه الصدمة التي تؤدي إلى تدهور القلب والمراكز العصبية . ولا شك أن الإنسان الذي فقد الأمل في الحياة سيستسلم ويموت .

٤ – الخوف من فقدان العطف :

يعد الخوف من فقدان العطف قلقاً أساسياً ، وأغلب ما يعانيه الأطفال من مخاوف ينبع من هذا القلق ، وقد يكون أول ما يتعلمه الطفل من خوف . فكل المخاوف الأخرى يمكن ردها إلى خبرات حدثت للطفل في الشهور الأولى من حياته حين كان ارتياحه متوقفاً على حب أمه له ، ولا تقتصر هذه الخبرات على ما حدث للطفل بل يدخل في ذلك شعور المحيطين به نحوه .

أ – الغذاء والحب :

وأول ما يسبب عدم ارتياح الطفل هو الجوع أو الخوف من ألا يحصل على ما يكفيه من الغذاء الذي يمكنه من الاستمرار في الحياة . و دون وجود شخص يهتم بالطفل ويعطف عليه لا يستطيع أن يحصل على الغذاء ، وإذا توفر هذا الشخص كان محبوباً لدى الطفل .

ويصبح للارتباط بين الطعام والعطف أثر عميق في اتجاهاتنا العقلية وتصرفاتنا في الحياة عندما نكبر . وأصبح أكل الخبز رمزاً للمحبة والصداقة الدائمة – ودعوة الغير للأكل مظهراً للتقدير والمحبة . والخوف من عدم الحصول على القدر الكافي من الطعام شعور يستمر معنا طوال حياتنا ، فعندما نعلم بنقص في سلعة ما نسارع إلى تخزين ما يقع تحت أيدينا منها . ومجرد وجود الطعام يعطي شعوراً بالأمن النفسي فضمان الغذاء ضروري ويجب أن نطمئن الطفل دائماً على وجود الغذاء وألا نستعجله أثناء تناوله لوجبة طعامه حتى لا نبذر بذور الخوف في نفس الطفل الأمر الذى يعوقه عن التغلب على مشاكله الحيوية بعد ذلك ويعطل نموه .

ب – الانفصال عن الأم :

يعد انفصال الطفل عن رعاية أمه تهديدا لسلامته . ولكي يتحمل هذا الانفصال يجب أن يعرف عن طريق التجربة الشخصية أن الأم ستعود إليه حتماً في وقت ما ، وأنه سيلقي العناية من شخص آخر بنفس الاهتمام . مثل هذا الشعور يسبب له ارتياحاً نفسياً . وإلا سيعتقد أنه لن يجد الراحة وأن الأم لن تعود إليه مما يزيد من مخاوفه .

فالانفصال عن الأم يمكن أن يؤثر على مستقبل حياته ولكن إذا كان رجوع الأم مرتبطا بعودة أمنه وطمأنينته كانت الأمور يسيرة غير باعثة على الخوف والقلق . ولكن الانفصال

المتكرر الطويل قد يحدث جرحاً انفعالياً لا يندمل . وأحياناً ما يهدد الوالدان طفلهما بالانفصال عنه ، وقد يسلك تبعاً لذلك سلوكاً يرضيهما وتجنب ما يسبب افتراقهما عنه ، ولكن هذه التهديدات قد تسبب في نفس الطفل شعوراً بالقلق ناجما عن اعتقاده بأن والديه سيختفيان عنه يوماً ما . وتستطيع الأم أن تقلل قدراً كبيراً من قلق أطفالها إذا عملت دائماً على أن تحول بينهم وبين شعورهم بأنهم مهددون دائماً بخطر انفصال أمهم عنهم . فالانفصال هو أعظم المواقف في نظر الأطفال تهديداً لسلامتهم .

جـ ـ الخوف من الأماكن والمواقف الجديدة :

إذا دخل الطفل مكاناً جديداً عليه وصادف فيه خبرة سيئة (ضيقاً أو ألماً) فقد يعمل على تجنب هذا المكان أو أي مكان آخر جديد عليه . ومثال ذلك عيادة الطبيب والطبيب نفسه يمكن أن يصبحا من مثيرات الخوف عند الطفل ، كذلك المربية أو الممرضة أو المدرسة القاسية قد يترك كل منهن أثراً في نفس الطفل وخوفا من أي شخص يحل محلهم .

فالأطفال يتجنبون الناس والمواقف التي سببت لهم ضيقاً يوما ما فيعملون على حماية أنفسهم من المواقف الجديدة وأن يجدوا أمامهم كل ما اطمأنوا إليه سابقاً .

٥ ـ الخوف من الظلام :

يرتبط الخوف من الظلام ارتباطاً وثيقاً بالخوف من الأماكن الجديدة وهو شائع بين أطفال ما قبل الخامسة . ولكن هناك من الأطفال من يدخلون وينامون في الغرف المظلمة دون حاجة لاضاءة الحجرة ودون شكوى . والانزعاج من الظلام قد ينشأ من أسباب متنوعة . وقد يكون الخوف من الظلام حقيقيا وقد يكون مصطنعاً ، فالأطفال الذين يرفضون النوم في الميعاد والذين لا يحبون أن يتركوا المرح الذي يجدونه في مصاحبة الكبار هي أمور كثيراً ما يقوم بها الأذكياء من الأطفال . فكثيراً ما يتصنعون الخوف من الظلام .

لكن الخوف من الظلام قد يكون خوفاً حقيقياً نشأ لأسباب عديدة :

عقب انفصال عن الأم ، عقاب الطفل في الظلام ، عقاب الطفل لممارسة العادة السرية وخوفه من ممارستها تحت ضغط الدافع إليها عندما يترك وحيداً فيتخذ الخوف من الظلام تبريراً يضمن به بقاء الأب والأم بجانبه حتى ينام . ولجوء الطفل إلى العادة السرية في الواقع إنما هو لجوء إلى

نفسه يستمد منها السرور والسعادة . ويكثر الخوف من الظلام عادة قبل الخامسة أو السادسة ويرتبط بعدم شعور الطفل بالأمن .

٦ – الخوف من الضرر الجسمي :

كثير من قلق الأطفال يتركز حول أجسامهم ووظائفها . ويبدأ اهتمام الطفل بجسمه في السنة الأولى ويستمر هذا الاهتمام بدرجة ما طوال حياته . وكل كائن حي سوى يود دائماً أن يتجنب ما يضره ، ويتعلم الطفل الخوف من الضرر الجسمي في مواقف متعددة منها :

أ – موقف النظافة :

يبدأ تمرين الطفل على ضبط الإخراج بين السنة الأولى والثانية إلى جانب عادات النظافة الأخرى . وهذا يحول انتباه الطفل إلى جسمه فيصير شغوفاً به وبوظائفه ، وبمدى إختلافه عن الأجسام الأخرى . وقد تؤدي الأساليب التي تستخدمها الأم في عملية تعويد الطفل ضبط نفسه إلى قلقه ومحاولة التخلص من هذا القلق بتجنب هذه العملية . وقد يحاول مقاومة الكبار فيؤدي ذلك إلى عقاب الطفل،وقد تؤدي هذه الأمور إلى اضطرابات في عمليتي التبول والتبرز . ولو ركز الوالدان اهتماماً كبيراً على نظافة الطفل فقد يصبح متخوفاً من القذارة بشتى صورها. وقد تصبح النظافة شعوراً تسلطياً فيصبح الطفل حريصاً على الترتيب والنظافة بصورة ملفتة للنظر خوفاً من أن يكرهه الآخرون ، وقد تستمر معه هذه الحالة حتى يكبر . والنظافة التسلطية هي نتيجة طبيعية للقلق وليست للنمو الطبيعي .

ب – موقف الجنس :

يجري الطفل في العام الأول وما يليه محاولات لاستكشاف كل ما يتعلق بجسمه، وكثيراً مايسأل الكبار عن الفرق بينه وبينهم وعن التشابه في التركيب وعن التناسل والتبول والتبرز . وتأنيب الطفل لميله إلى معرفة كل شيء – قد يؤدي إلى خوفه من التساؤل بوجه عام وعدم تشجيع نشاطه التلقائي للحصول على المعرفة . ويعتقد بعض المربين أن الخوف من التعلم عن طريق البصر قد يسبب للطفل في المستقبل صعوبات في القراءة ، كما في حالة تلصص الطفل على حجرة النوم أو الحمام في وقت غير مناسب فيعاقب . وهنا لا يقتصر خوفه على الاستطلاع عن طريق البصر بل يصبح عاماً في كل مظاهر الاستطلاع .

ممارسة الاستمناء الذاتي :

الاهتمام بالجسم قد يؤدي أحياناً إلى ممارسة الاستمناء الذاتي . وكثيراً ما يلجأ الآباء إلى التهديد والعقاب لمنع الطفل عن ذلك . فهم يخافون من أن يلحق ضرراً بالطفل ، أو أنهم يشعرون بالخجل عندما يذكرهم ذلك بتجاربهم الشخصية الماضية .

ومعروف أن الطفل يلجأ إليها طلباً للسرور عندما يشعر بوحدته وتعاسته وعندما يعجز عن ايجاد وسائل أخرى مقبولة تضفي عليه السرور . وكثيراً ما يعاني الأطفـــال شعوراً بالقلق ناتجا عن كثرة تأنيب الكبار لهم لممارسة هذه العادة . ونتيجة لذلك يظن الطفل أنه قذر لا يرضى عنه أحد – أو أنه قد ألحق بنفسه ضرراً . والعقاب أو التهديد في حالة الاستمناء الذاتي يظهر أثره في خوف الأطفال من أن يلحق بأعضائهم التناسلية ضرر – مما يسبب له ازعاجاً شديداً قد يؤدي إلى شعور بالقلق إزاء موضوع الجنس فيما بعد .

– المنافسة مع الوالدين (عقدتي أوديب واليكترا) :

ينشأ خوف الطفل أيضاً من منافسته لأحد الوالدين الذي يشابهه في الجنس . ففي الثالثة أو الرابعة من العمر يشعر الولد أن أباه يقاسمه عناية أمه التي كان يشعر أنها ملك له ، كما تكتشف البنت الصغيرة أن أمها ملك لأبيها فتصبح غيورة منها بطريقتها الخاصة . وقد يرغب الولد في التخلص من منافسه وهو الوالد وقد ترغب البنت في أن تكسب أباها وتبعده عن أمها . وفي الأحوال الطبيعية يتخذ الولد من أبيه نموذجاً لرجولته وتتخذ البنت من أمها نموذجاً لأنوثتها . وحين ذلك يشعر الطفل بكثير من عدم الاستقرار الناتج عن الإتجاهين المتضادين – إتجاه المنافسة مع الأب من نفس الجنس وإتجاه اتخاذه كنموذج لدوره الجنسي .

وقد يتخيل الطفل الصغير طرقاً للتخلص من أبيه الذي يقف في طريقه ولكنه يشعر في الوقت نفسه بالحب نحوه ولذا فهو يحس بالإثم لهذه الأفكار ولرغبته في أن يكون أبوه بعيداً عن كل هذا . فهو يتخيل أن أباه سيتبدل بشخص آخر فينزعج من هذه الرغبة – ويخاف أن تتحول رغباته هذه إلى أعمال ، وقد يحدث للوالد حادثة أو مرض فيتصور الطفل أن رغبته كانت السبب فيما حدث لوالده فيزداد خوفه وقلقه .

ج – خوف الطفل من العمليات الجراحية :

وخوف الطفل من عيادة الطبيب أو المستشفى يوضح مقدار ما يبذله الطفل للابتعاد عن كل ما يسبب له الضرر . فقد تكون له خبرة سابقة غير سارة في مثل هذه الأماكن ، أو حدثت هذه الخبرة لشخص آخر يعرفه ولذا يعمل دائماً على تجنبها. ويلعب وجود الأم دوراً هاماً في احساس الطفل بالأمن عندما يرتاد مثل هذه الأماكن وكلما شعر بألم أو ضيق .

د – المخاوف المرتبطة بالنمو الطبيعي :

للأطفال مخاوف كثيرة تدور حول أجسامهم ، وإذا ماكانوا سينمون ويصبحون أقوياء . فهم ينظرون إلى أنفسهم على أنهم صغار ضعاف ويستعجلون النمو حتى يصيروا أقوياء . وتؤثر عليهم في هذه الناحية القصص البطولية وقصص المغامرات وهي جميعاً تقوم على الرغبة النفسية العميقة في الطفل لأن يصبح قوياً كغيره من الكبار الذين يبدون في نظره أقوياء مهددين لسلامته . وأحياناً ما يخاف الطفل أن يكبر فيلجأ إلى سلوك الصغار ويحاول ألا يتعلم حتى يستمر ضعيفاً معتمداً على غيره . وهذا السلوك يكون دائماً نتيجة لتجربة جعلت الكبير في نظر الطفل خطراً عليه .

٧ – الخوف من الضمير :

هناك طائفة من مشاعر القلق عند الأطفال تتعلق بشعورهم الداخلي بالصواب والخطأ ونسميها الضمير . ويقوم الضمير بدور الرقيب على سلوك الفرد فهو يضع للفرد مستويات للسلوك وهو الجزء الأخلاقي المعتدل فينا والذي يذكرنا بأن لنا مثلاعليا ، وواجبات نحو أسرنا ومجتمعاتنا . والضمير هو الذي يدفعنا إلى تحسين أنفسنا بالابتعاد عن التصرفات غير الاجتماعية والهدامة .

وكثير من الأطفال يعاني وخزاً وجدانياً شديداً بسبب هذه السلطة الداخلية . فهؤلاء الأفراد قد يكون لديهم ضمير قاس يمنعهم من تذوق اللذات العادية في الحياة . وكثيراً ما يظل الفرد يحاسب نفسه عن تصرفات ومشاعر لا يعتبرها أغلب الناس خاطئة أو سيئة ، وقد يدفعه ضميره هذا إلى التردد فيصبح غير قادر دائماً على أن يكون حازماً في أموره واختيار الطريق الذي يسلكه بنفسه . والأطفال بوجه خاص معرضون للمعاناة مما يمليه عليهم الضمير خاصة وأن خبراتهم

المحدودة لا تمكنهم من وضع معايير لأنفسهم يحكمون بها على تصرفاتهم ، وكثيراً ما يخافون من أن يتصرفوا تصرفاً خاطئاً فيوصفون بأن تصرفاتهم خاطئة .

وقد يكون الشعور ذو الاتجاهين سبباً في الشعور بالإثم وتأنيب الضمير . فالطفل يحب والده وقد يكرهه في نفس الوقت ويضايقه جداً هذا الشعور العدواني نحو والديه اللذين يشعر نحوهما بالحب – ولكن الطفل بمرور الوقت سيتعلم أنه يمكنه أن يحب وأن يكره في نفس الوقت ولكن الشعور العدائي عند الطفل الصغير نحو والديه اللذين يحبهما يحيره ويخيفه .

وكثيرا ما يلجأ الوالدان رغبة منهما في أن يكون لهما أولاد صالحون إلى زيادة الاهتمام بتربيتهم وقد يكون لذلك إحدى نتيجتين : فقد يثور الطفل وقد يكون جامداً ميالاً لمعاقبة نفسه لدرجة أنه لا يعمل مطلقاً في حياته إلا الشيء الذي يعتقد تماماً أنه مسموح به . وهؤلاء الأطفال الذين تسيطر عليهم المخاوف وينعتهم زملاؤهم دائماً بالجبن، فهم يخافون محاولة اللعبة الجديدة أو الاشتراك في أي مغامرة أو مزاح مما يقوم به الأطفال السعداء العاديون، خوفاً من أن يجر عليهم التأنيب . وحرصهم الزائد على ألا يقعوا في الخطأ يجعل من الصعب عليهم أن يحزموا أمرهم ، كما يدفعهم إلى التدقيق في كل تصرف صغير ، ويسألون عن رأي الآخرين فيهم ، وبعد كل ذلك يترددون خوفاً من عمل ما يلامون عليه . والأطفال الذين لديهم هذا الشعور بالقلق يعملون على أن يكونوا صالحين حتى يكونوا دائماً في مأمن – ويحاولوا دائماً أن يقوموا بما يطلب منهم فهم يفقدون تلقائيتهم في سبيل الاحتفاظ بأنفسهم في الحدود التي يشعرون فيها بالأمن .

ومن المهم أن نكون أوسع صدراً وصبراً مع الأطفال لتفهم مشاكلهم . وأهم من ذلك أن نقدم كل ما يشعر الطفل بالعطف والاحترام ، إلى جانب اعطائه معايير ثابتة للسلوك وشعوراً بالأمن عن طريق اظهار الحب له والاهتمام به وبما يعمله ، إلى جانب تصحيح تصرفاته الخاطئة الناتجة عن سوء التربية ، كل ذلك ذو أثر هام على نمو ضمير الطفل .

كيف نتعامل مع مخاوف الأطفال ؟

إن التعامل مع الخوف الزائد لدى الأطفال أمر صعب ، وفي بعض الأحيان يضايق الآباء . فالخوف من الظلام والأشياء المؤذية والحيوانات يقع بين المخاوف غير المعقولة أو غير المنطقية والتي تشغل بال الآباء . ورد الفعل الفوري من قبل الآباء تجاه الخوف الطفولي هو محاولة تفسيره للطفل ومقلل من أهميته في نظره ، أو كما في حالة الخوف من ظلام غرفة النوم فالأمر ليس ببساطة أن ندفع الطفل إلى الغرفة ثم نقوم بإطفاء النور أو أن نقوم بإغلاق الباب عليه على أساس أن الطفل سيكتشف بنفسه أنه لا يوجد ما يخيفه وبذلك يتغلب على مخاوفه . إن مثل هذه الطرق

عادة لا تكون ذات قيمة ، وليس للتفسير المنطقي الذي نقدمه للأطفال تأثير حقيقي على انفعال الخوف بصرف النظر عن الأساس غير المنطقي الذي يقوم عليه ، وارغام الطفل على البقاء في غرفة مظلمة مع مخاوفه يؤدي إلى حد كبير إلى تدعيم استجابة الخوف نفسها أكثر من مساعدتنا للطفل لكي يتغلب على مخاوفه .

وقد أدت دراسة مخاوف الأطفال وطرق مواجهتها إلى تحديد عدد من الطرق التي تعد فعالة بدرجات متفاوتة ، من بين هذه الطرق التي تمت تجربتها ما يلي :

١ – البدء بتحديد المصادر والمهارات المختلفة التي يمكن أن تفيد في مواجهة الموقف المخيف عندما يحدث وتعلمها .

٢ – زيادة الألفة بالموضوع المخيف بتهيئة مواقف تتوفر فيها الفرص الكافية لذلك على ألا تكون اجبارية أو بالقسر حتى يحيط بها ويألفها .

٣ – أن ننظم الفرص للطفل بحيث يلاحظ آخرين لا يخافون في الموقف المخيف بالنسبة له .

٤ – أن تحدث اشتراطاً مباشراً مع الموقف .

هذه الوسائل تختلف بلا شك في درجة ملاءمتها للأنواع المختلفة من مواقف الخوف.فالعنصر الأول مثلاً والخاص باكتساب مهارات جديدة قد يكون طريقة مفيدة للتغلب على الخوف من المياه العميقة . فاكتساب الطفل لمهارة السباحة في مياه ضحلة يشعر فيها بالأمن قد يحرره من الخوف من المياه العميقة . وعندما يعرف الفرد ما الذي يمكن أن يفعله في موقف مخيف وكيف يفعله إلى الدرجة التي يشعر فيها بالثقة بقدرته على الفعل ؟ فإنه لن يستمر في الرعب من هذا الموقف .

وعندما تتاح الفرصة للطفل دون ضغط أوقسر أن يصبح أكثر وأفضل معرفة بموضوع أو موقف مخيف فإن خوفه غالباً ما ينتهي . ففي تجربة قام بها « جونز Jones » (١٩٢٤) اختفى خوف الطفل من الأرنب بعد أن أتيح للطفل أن يرى الأرنب بعض الوقت وهو بالقرب منه فقد أصبح الطفل أكثر ألفة بالأرنب وبمظهره وبحركاته ونشاطه .

ويشبه التقليد الاجتماعي في بعض الحالات الدور الذي تلعبه طريقة التعرف . ففي هذه الطريقة يرى الطفل ويلاحظ سلوك أصدقائه وهم يستجيبون بلا خوف للموضوع الذي يخاف هو منه كما يتضح من المثال التالي :

كان أحمد يلعب مع سالي وليلى ، ومعروف عنه أنه يخاف الأرنب وجاء والده حاملاً سلة بها أرنب حي . وعندما رآه أحمد صرخ صائحاً أبعده عني ! أبعده عني ! ورجا والده أن يبعد

الأرنب عنه . أما سالي وليلى فقد اتجهتا إلى الأرنب مسرعتين ونظرتا إليه في حنان وربتتا بأيديهما على فروته . وأخذتا تتحدثان إلى الأرنب حديثاً وديا مثيراً لفت انتباه أحمد ، وأخذ اهتمامه بالموقف يزداد تدريجياً ثم أخذ يقترب من ليلى وسالي أكثر فأكثر ، ثم بدأ يقرب يده من الأرنب ثم يبعدها بسرعة ويكرر المحاولة ثانية . وبعد قليل من الوقت حمل الأرنب بين يديه وأخذ يهتم به كما لو كان صديقاً له فقد تغلب حبه للاستطلاع ومحاولته إثبات ذاته في الموقف على مخاوفه .

وربما كانت أكثر الطرق فعالية في مساعدة الأطفال على التغلب على مخاوفهم هي طريقة إعادة تكوين الاشتراط Reconditioning . ففي إحدى الحالات التي درسها «جونز» حيث كان الطفل يخاف جداً من كل الحيوانات ذات الفراء – جرب طريقة التقليد الاجتماعي مع الطفل ولكنها لم تعط نجاحاً محققاً ، فاستخدم طريقة إعادة الاشتراط كما يلي :

جلس الطفل أثناء تناول طعام الغداء على مائدة منخفضة في غرفة طولها حوالي ١٢ متراً ، وبمجرد أن بدأ في تناول طعامه قدم الأرنب في قفص من السلك على مقربة من الطفل وعلى مسافة تكفي ألا يتزعج أثناء تناول الطعام . وهذه نقطة هامة جداً لأننا بسماحنا للمثير الشرطي القوي من أن ينشط فمن المتوقع أن تتغير الاستجابات القوية للطعام . وهنا فإن الطعام سيصبح بدوره مثيراً شرطياً لاستجابة الخوف . ولمنع أية أحداث في هذا الموقف ظل الأرنب في القفص خلال المراحل الأولى من التجربة ولكن في كل يوم كانت المسافة بين الطفل وقفص الأرنب تقل عن اليوم السابق . وفي الجزء الأخير من التجربة كان القفص والأرنب داخله يوضع على المنضدة التي يأكل عليها الطفل ، ثم وضع بعد ذلك في حجر الطفل ، وفي آخر مرحلة من التجربة كان الطفل يأكل طعامه بيد ويربت على الأرنب بالأخرى. وإننا نفترض من هذا الموقف أن استجابة الطفل الانفعالية الداخلية قد أعيد اشتراطها في الوقت الذي تغير سلوكه الخارجي نحو الأرنب وتغير اتجاهه .

ومن الواضح أن إعادة الاشتراط كانت ذات فعالية ، ومن الواضح أيضاً أنها كطريقة يجب أن تستخدم بحذر وعن طريق شخص يفهم جيداً قوانين التعلم التي تتضمنها . ويلاحظ أنه في كثير من الأحوال عندما ينمو الأطفال ويصبحون أكثر فهماً لأمور الحياة المحيطة بهم تقل بالتدرج كثير من مخاوفهم .

مراجع الفصل الخامس

– عبد العزيز القوصي (١٩٦٩) أسس الصحة النفسية ، ط ٧ ، النهضة المصرية ، القاهرة .

- Bridges, K.H.B. 'Emotional development in early infancy.' Child Development, 1932, 3, 324–341.

- Castenada, A., Palermo, D., & McCandless, B. 'Complex learning and performance as a function of anxiety in children and task difficulty.' Child Development, 1956, 27, 327–332.

- Coopersmith, S. 'A method for dtermining types of self-esteem.' J. educ. Psychol., 1959, 59, 87–94.

- ——————. (1967) The antecedents of self-esteem. San Francisco : Freeman.

- Cotler, S. 'The effects of positive and negative reinforcement and test anxiety on the reading performance of male elementary school children'. Gent. Psychol. Monographs, 1969, 80, 29–50.

- Croak, J.W. 'Fears of children.' Hum. Develop., 1969, 12, 239–247.

- Jersild, A.T., and Holmes, F.B. (1935). Children's fears. New York : Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University.

- ——————, (1954). Child psychology, Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall.

- Johnson, R.C., and Medinnus, G.R. (1974). Child psychology : behavior and development, 3rd. Ed., New York : John Wiley & Sons.

- Jones, M.C. (1924). 'A laboratory study of fear : the case of Peter.' In Medinnus, Gene R., and Johnson, R.C. (1976). Child and adolescent psychology, 2ed. Ed., New York : John Wiley & Sons.

- Kagan, J. 'Children's perceptions of parents.' J. Abnor. Social Psychol., 1956, 53, 257–59.

- Lipsitt, L. 'A self-concept scale for children and its relationship to the children's form of the manifest anxiety scale.' Child Development, 1958, 29, 463–472.

- Messer, S. The effect of anxiety over intellectual performmance on reflection - impulsivity in children.' Child Development, 1970, 41, 723–735.

- Mitchell, J.V. 'Gool-setting behavior as a function of self-acceptance, over - and underachievement, and related personality variables.' J. Educ. Psychol., 1959, 50, 93–104.

- Sarason, I. 'The effects of anxiety and threat on the Solution of a difficult task.' J. Abnorm. Soc. Psychol., 1961, 62, 165–68.

- Siegel, S.M. 'The relationship of hostility to authoritarianism.' J. Abnorm. Soc. Psychol., 1956, 52, 368–372.

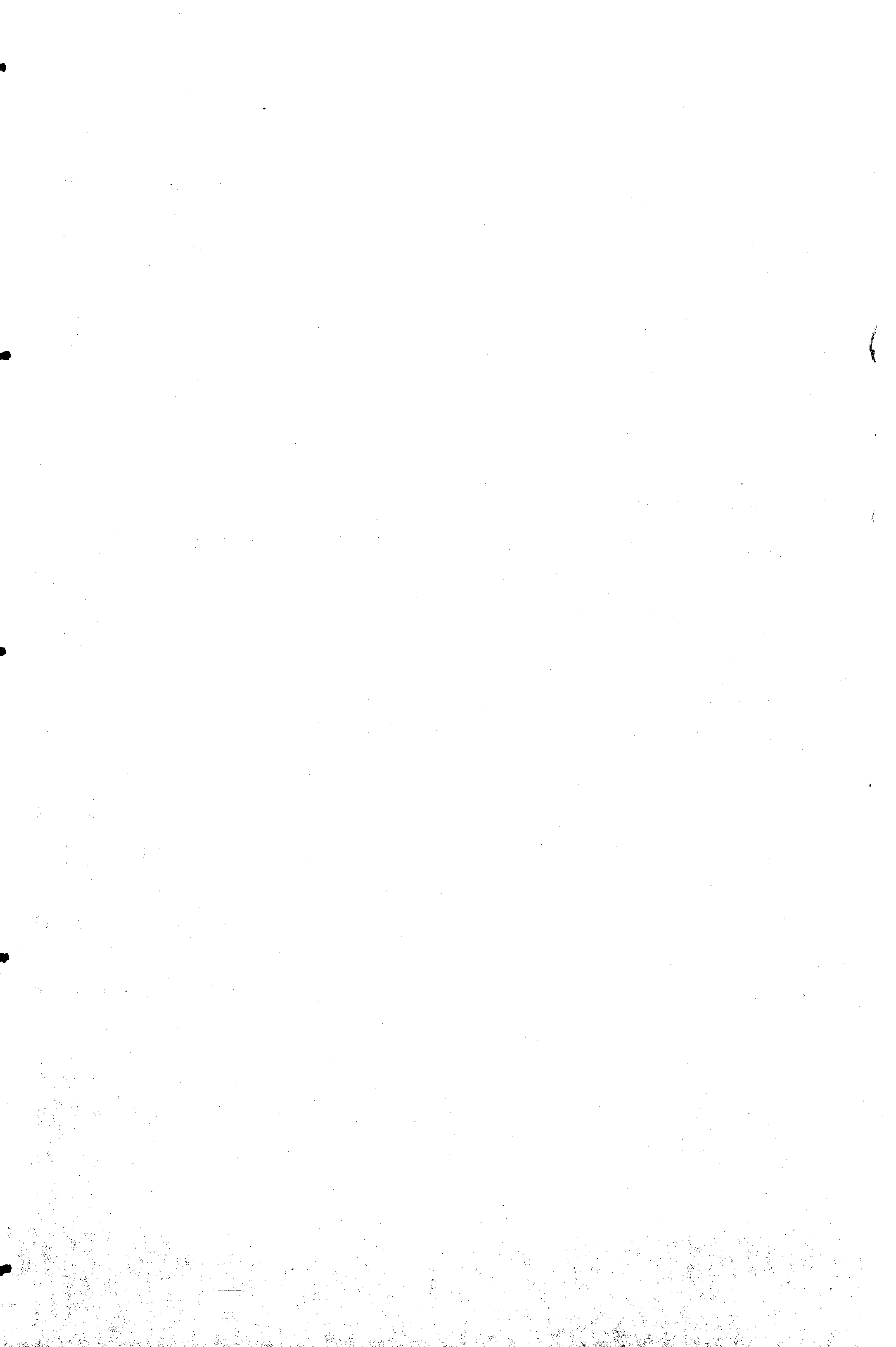
- Schachter, S. (1959), Psychology of affiliation. Stanford : Stanford University Press.

- Sullivan, H.S. 'The interpersonal theory of psychiatry.', Washington, D.C. : White Psychiatric Foundation, 1953.

- Watson, J.B., and Raynor, R.R., 'Conditioned emotional reactions.' J. exp. Psychol., 1920, 23, 1–4.

الفصل السادس

الجناح



الجناح

مقدمة :

الجانح شخص يقل عمره عادة عن سن ١٨ ويقع تحت طائلة محاكم الأحداث . ويوصف بصفات عامة غير محددة مثل : فاسد مطرود هارب (كما في حالة الهروب من المدرسة) وبعض الأفعال التي تخالف القانون ويعاقب عليها وينظر إليها على أنها نوع من الإجرام . ومن الصعب أن نجد نظرية ما تفسر لنا الأسباب التي تكمن وراء كل أنواع الجناح التي تتراوح بين التغيب عن المدرسة إلى الأنشطة الجماعية المنظمة التي ينظر إليها البالغون على أنها نوع من الإجرام .

والجناح كمشكلة اجتماعية تبدو مشكلة متزايدة وربما ترجع بعض أسباب هذه الزيادة إلى تزايد عدد السكان من جهة – والبعض الآخر يرجع إلى تزايد عدد الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاماً بالمقارنة بالتعداد الكلي للسكان، وبعض الأسباب يرجع إلىأن نسبة كبيرة من السكان الأقل من ١٨ سنة يعيشون في بيئات حضرية بينما تقل نسبة من يعيشون في البيئات الريفية كما أن احتمال اعلان حالة فرد ما على أنه جانح يتوقف على عدد رجال البوليس المتوافرين في نفس المنطقة فالصغار من أبناء الريف لا يعرفون كجانحين لا لأنهم لا يرتكبون مخالفات وأفعالا جانحة – ولكن لأن القانون ومؤسساته الرسمية لاينتشر، في مثل هذه الأماكن .

أنواع الجانحين :

هناك أنواع مختلفة من الجناح بعضها لا يتعلق بالآخر وإذا ما نظرنا إلى ظاهرة الجناح ككل فإنه من الصعب أن نقول أن أي تفسير لحالة جناح معينة يمكن أن ينطبق على جميع الحالات ويكون له نفس التأثير بين تلك الأعداد الكبيرة من الجانحين . ويمكننا أن نصنف أنواع الجانحين على أساس نوع العمر أو الإثم أو الضرر. فمن المعروفأن صغار الناس المعروفين بأنهم جانحون

نتيجة لكثرة هروبهم من المدرسة يختلفون عن الجانحين الذين يفرون من منازلهم وكلاهما يختلف عن الجانحين السكارى واللصوص أو الذين يسرقون المحال التجارية، وهم يختلفون في نواح كثيرة منها :

١ – تأثير الفعل الجانح على الآخرين .

٢ – والعلاج الفعال للسلوك المشكل أو لأنواع السلوك المشكل .

وهناك طريقة أخرى لتصنيف الجانحين هو أن نقارن الطبقة الدنيا بالطبقة الوسطى أو الاجتماعيين بالانعزاليين Solitary واللااجتماعي بالعصابي من الجانحين. وتتداخل فئات الطبقة الدنيا والاجتماعية واللااجتماعية إلى درجة معقولة بينما تتداخل الطبقة المتوسطة والانعزالية والعصابية معاً .

ومن الواضح أن أسباب الجناح تختلف فيما بين هذه الأنواع من الجناح . فالجانح الانعزالي ينتمي عادة إلى بيئة منزلية تبدو في ظاهرها طبيعية، وتبدو عليه اضطرابات نفسية لها أهميتها، والسلوك الجانح الذي يقوم به هو نتيجة لحاجات نفسية عميقة .

أما الجانح الاجتماعي والذي ينتمي عادة إلى الطبقة الدنيا والبيئات الشعبية فاضطراباته النفسية قليلة . ويرجع السلوك الجانح الذي يقوم به أساساً إلى أن قيم ثقافته الفرعية تتقبل مثل هذه الأفعال الجانحة .

وهناك أنماط كثيرة من الجناح، وما سبق أن قدمناه إنما هو نماذج لهذه الحقيقة، وأن سبب أو أسباب الجناح تتنوع بين الأنواع المختلفة من الجناح .

أسباب الجناح :

أولاً : الأسباب الوراثية المرتبطة بالجناح :

لتوضيح العلاقة بين الأسباب الوراثية والجناح سنتناول أحد المجالات التي توضح الأسس الوراثية لبعض أنواع الجناح والجرائم . يوجد لدى الإنسان نوعان من الكروموسومات الجنسية هما xx في حالة الإناث، xy في حالة الذكور، وتوافر أي نوع من هذه الكروموسومات يحدد جنس الفرد . وفيما يختص بالجناح والجريمة فإن الذكر يكون لديه التكوين الكروموسومي الجنس xyy أي بزيادة كروموسوم y

وقد كان «ماكليمونت وبريتاين ومالفيل وبرنتون وجاكوب McClemont, Brittain,

Malville, Brunton, Jacobs (١٩٦٥) أول من اكتشف أن الذكور الذين يتصفون بالإجرام والجناح تكوينهم الوراثي هو xyy إذا ما قورنوا ببقية الناس العاديين الذين يتكون تركيبهم الوراثي الجنسي من xy .

ويتميز الذكور ذوو التركيب الوراثي xyy بأنهم في غالبية الأحيان أطول وأقوى وفي بعض الأحيان يكونون أقل ذكاء عن التوسط . وقد يمثل ذلك علاقة واضحة بأسباب ارتكابهم للجرائم ووقوعهم بعد ذلك في أيدي رجال القانون بسهولة . وهناك علاقة أيضاً بين كون الفرد ذكراً ولديه كروموسومان y واحتمالات ارتكاب السلوك الإجرامي. ومع ذلك فإن هذا الارتباط ضعيف نسبياً، فأغلب الذكور ممن تركيبهم الوراثي xyy ليسوا مجرمين، وأغلب المجرمين من الذكور تركيبهم الوراثي ليس xyy فالجريمة لا ترجع إلى الحتمية الوراثية للفرد – إذا ما صرفنا النظر عن تكوينه الوراثي الجنسي.

كما أن التأثيرات الجينية المتعددة إلى جانب التركيب الكروموسومي xyy تحدد جميعها احتمال أن يصبح الفرد جانحاً أو مجرماً من عدمه .

ثانياً : الأسباب الفسيولوجية المرتبطة بالجناح :

يشير جلوك وجلوك Glueck & Glueck (١٩٥٧) إلى وجود ارتباط بين نمط الجسم وبين الجناح فأكثر الجانحين يتميزون بالنمط الجسمي المتوسط (ميزومورفي أو ذوي البناء الجسميَ الرياضي) .

وقد يرجع ذلك للتوقعات الاجتماعية ، فالفرد ذو البناء الرياضي يتوقع منه أن يكون نشطاً وأن يؤدي دوراً يتفق مع هذا البناء الجسمي . ومع ذلك فأصحاب هذا النمط الجسمي قد يختلفون فيما بينهم فيما يختص بالجناح ، فمثلاً قد توجد بينهم فروق هامة في المستوى العام للنشاط المبذول وفي مقدار الاستثارة التي قد ترجع إلى عوامل فطرية أو إلى الخبرة – مما يجعل الأشخاص يختلفون في احتمال أن يصبحوا جانحين . فذوو المستوى العالي من الاستثارة هم أكثر الأفراد بحثاً عن أعلى مستوى من الإثارة وأكثرهم نشاطاً وبالتالي أكثر عرضة لان يندمجوا في ألوان من النشاط الجانح .

وقد يكون العالم الآن متجهاً نحو البعد عن النظام – إلى الفوضى . فكثير منا يرى أن العالم يتغير إلى الأسوأ – ويرجع بعض هذا التشاؤم إلى أننا نتقدم في العمر ونتحول بالتدريج إلى الشك في طبيعة الدوافع البشرية . فقد تكون هناك بعض العوامل الفسيولوجية المهمة التي تغيرت مع الزمن وعرضتنا لكثير من الانحراف عما هو قائم . فهناك مثلاً بحوث تشير إلى أن التعرض

للمبيدات الحشرية يؤدي إلى زيادة العدوان ، وأن استخدام بعض المواد التي تضاف إلى الأطعمة يؤدي إلى النشاط والحركة الزائدة hyperactivity .

وقد تكون هناك بعض العوامل الفسيولوجية الأخرى تتعلق بالتغير الاجتماعي الذي نراه ، وقد تكون بالغة الأهمية في تأثيرها أكثر من تأثير التليفزيون .

ثالثاً : العوامل النفسية المرتبطة بالجناح :

لقد درس الباحثون عدداً ضخماً من العوامل النفسية المتعلقة بجناح الأحداث . حيث يربط الذين ينتمون لمدارس التحليل النفسي بين الجناح وبين الحرمان من حب الأم وحنانها خاصة في الأعوام الثلاثة الأولى من عمر الطفل . أما كثير من علماء النفس الأقل صلة بالاتجاهات التحليلية فيركزون على علاقة الوالدين بالطفل وعلى مراحل النمو .

وقد اتجهت بعض الدراسات نحو اكتشاف الخصائص النفسية للجانحين وغير الجانحين ، العصابيين (الشخصية المشكلة) والجانحين (السلوك المشكل) ، والعاديين (ممن لا يتميزون بأية مشكلات) من الأطفال ، وكذلك بالأنواع المختلفة من الجناح . وقد كشفت كل هذه الدراسات عن فروق مهمة في درجات الشخصية بين المجموعات كما تكشف عنها اختبارات الشخصية المقننة . وترجع بعض أسباب هذه الفروق أساساً إلى الوضع الأسري . وعلى سبيل المثال فقد وجد أن الجانحين كمجموعة لديهم صعوبات قصوى مع نماذج السلطة الذكرية .
كما وجد أن الجانحين الإنعزاليين العصابيين يتميزون بعلاقات مضطربة مع الأمهات بينما لا يظهر ذلك لدى أغلب الجانحين من الأنماط الأخرى . وهناك عامل آخر في علاقة الوالدين بالطفل ، فيقرر « هوفمان وسالترستاين Hoffman & Saltzstein » (١٩٦٧) أن نمو الضمير ضعيف (وينحو نحو الجناح) في أطفال الأسر التي يكثر فيها الآباء من استخدام السلطة والعقاب غير الملائم (unqualified pawer assertion) . فيقولون للطفل على سبيل المثال — لن أخبرك لماذا أريدك أن تعمل هذا؟ عليك أن تطيع لأنني أريد ذلك . ويتكون الضمير على الأقل من عنصرين أساسين غير متعلقين ببعضهما هما : مقاومة الإغراء أو الغواية ، وارتكاب الذنب بعد الاستسلام للاغراء والغواية أي المقاومة ونقص المقاومة . ومن هذين العنصرين يتعلق نقص المقاومة بقوة بالجناح . ومن الملاحظ في كثير من البيوت أن الآباء لا يهتمون بكل من العنصرين ككل — بل يهتمون بكل منهما اهتماماً منفصلاً الأمر الذي قد يرجح كفة أحدهما على الآخر . وربما كان الأمر في حاجة ماسة لدراسة التأثيرات المنفصلة لسلوك الآباء على هذين البعدين المختلفين من الضمير .

إن الارتباط قوي بين العوامل النفسية القائمة في بيئة الفرد وبين الجناح ، ولكن بالنسبة لبعض أنواع الجناح ، وترجع بعض الأنواع الأخرى إلى عوامل اجتماعية أو ثقافية .

رابعاً : العوامل الاجتماعية المرتبطة بالجناح :

إن غياب الأب كعامل مهم في البناء الاجتماعي للطبقة الاجتماعية والسلالية يمثل بعداً مهما من أبعاد المتغيرات البيئية المؤثرة على السلوك السائد لدى الأطفال فأبحاث كل من « لين وساوري Sawrey & Lynn » (١٩٥٩) « وسيجمان Siegman » (١٩٦٦) بينت أن غياب الأب على الأقل قبل سن الخامسة يؤدي إلى نوع من التعويض بل يؤدي غالباً إلى ذكورة جانحة في المراهقة . فحيث أن غياب الأب أو فقده يرتبط بالطبقة الا جتماعية وبالسلالة – وخاصة بالطبقة الدنيا حيث يوجد أكبر نسبة من تغيب الآباء لسبب أو لآخر – فليس من المستغرب أن توجد في مثل هذه الجماعات أكبر نسبة من الجانحين .

ويساعد غياب الأب على عمق العلاقة بين الطفل وبين الجماعة الخارجية (الشلة) ، ونجد في الطبقات الشعبية أن أغلب الصغار من الذكور ينتمون إلى شلل ويجب أن يحدث ذلك كمحاولة لحماية الذات . ورغم أن العصبة أو الشلة تقوم على أسس معينة منها الوضع الاجتماعي للآباء – فإن عضوية الشلة وعلى الأخص القيادة في هذه الشلة – إنما تقوم على الصفات الشخصية والمهارة . وربما لأن الصغار من الطبقة الدنيا تنبذهم الشلل الأخرى بسبب مهن آبائهم – فإن الذكور من هذه الطبقة الدنيا يلجأون إلى الاندماج في شلل لا ترتبط فيها أهمية الشخص بمقدار دخل الأسرة ، ووجود شعور بالتطابق وبأهمية الذات يعد عاملاً مهما جداً أكثر من إطاعة الآخرين . وعلى المدى الطويل تصبح مثل هذه الأمور هي الاستجابة التوافقية لهؤلاء الأفراد .

ويذكر كثير من الباحثين منهم « ثراشر Thrasher » (١٩٢٧) « ووايت Whyte » (١٩٤٣) « وشاو ومور Shaw & Moore » (١٩٣١) « وفاريل Farrell » (١٩٣٥) أن ظاهرة الجناح أصبحت ظاهرة منتشرة بين الناس وأن الجانحين من الطبقة المتوسطة يتزايدون باستمرار .

وهذا يعني في رأيهم أن الثقافة تتغير باستمرار بطريقة تعرض أفرادها للجريمة والعنف . وعند دراسة العلاقة بين الآباء والطفل لوحظ أن هناك مواقف من التفاعل الاجتماعي يختلف فيها الجانحون عن غير الجانحين سواء من حيث خصائص الموقف أو الهدف منه :

١ – **عواطف الآباء نحو الطفل** – فهي تتميز في نظر الجانحين بأنها غير واضحة أو صريحة بينما يذكر غير الجانحين أنهم يعرفون مدى حب آبائهم لهم .

٢ – **القائمون على رعايتهم بدلاً عن الآباء** – يتصف التفاعل القائم بين الجانح وبين الآباء البديلة بأنه لا يراعي احتياجاتهم المختلفة كما أن عملية الإشباع تتم في إطار خال من العواطف والتقدير والقبول ، على عكس ما ذكره الأطفال غير الجانحين .

٣ – **العلاقات القوية في الأسرة** – تنقص الجانح وتتوفر للطفل غير الجانح .

٤ – **نبذ الأب الطفل** – شائع بين الجانحين وقليل بين غير الجانحين .

٥ – **نبذ الأم الطفل** – شائع بين الجانحين ولكن بنسبة أقل من نبذ الآباء للطفل ، ونادر بين غير الجانحين .

٦ – **التوجيه غير الملائم** – تكثر التعليمات والتوجيهات غير السليمة وغير الملائمة سواء لطبيعة الطفل أو لمرحلة النمو التي يمر بها بالنسبة للجانحين – بينما تتصف توجيهات الآباء للأطفال غير الجانحين بأنها هادئة ومتزنة وتراعى المطالب الأساسية للنمو .

٧ – **الأم التى لاتقوم بتهذيب الطفل** – يكثر مثل هؤلاء الأمهات في حالة الأطفال الجانحين عنها في حالة غير الجانحين .

٨ – **الأب الذى يستخدم الغلظة أو القسوة في تهذيب الطفل** – يشيع مثل هذا النوع من السلوك بين آباء الجانحين ويقل لدى غير الجانحين .

٩ – **عدوان الطفل على الأب** – يزيد عدد مواقف العدوان على الأب بين الجانحين عنه بين غير الجانحين .

١٠ – **عدوان الطفل على الأم** – يزيد عدد المواقف التي يعتدى فيها الجانحون على الأم عنه في حالة غير الجانحين .

١١ – **العدوان على الإخوة والأخوات** – يكثر عدوان الأطفال الجانحين على أخوتهم واخوانهم عما هو موجود لدى غير الجانحين .

١٢ – **اعتقاد الأولاد بأن الأم لا تهتم برعايتهم** – يكثر هذا الشعور بين الجانحين ويقل بين غير الجانحين إلى حد كبير .

١٣ – **اعتقاد الأولاد بأن الأب لا يهتم برعايتهم** – نفس الأمر الموجود في حالة الأم ولكن بنسبة أكبر .

١٤ – **عدم ملاءمة الأب كنموذج صالح لتطابق الطفل معه** – يسيطر على الجانح مفهوم بأن الأب لا يصلح لأن يكون مثلاً له – ويقل هذا المفهوم بين غير الجانحين .

خامساً : العوامل الثقافية المرتبطة بالجناح :

يذكر « بول جودمان Paul Goodman » أن الثقافة التي نعيشها ثقافة مريضة مليئة بالمتناقضات وعدم التوازن في مكوناتها المختلفة . واننا نعيش أغلب أوقاتنا مرتبطين بوظائفنا التي تتميز في غالبية الأحيان بأنها غير ممتعة وغير مفيدة .

فالثقافة بوضعها الراهن في المجتمعات الحضرية المتقدمة ثقافة مضللة ومثيرة لكثير من الصراع وينقصها الإحساس بالمعنى والإحساس بالأهمية وبالقيمة . وتقدم ثقافة البالغين فرصاً قليلة للقيام بأعمال ممتعة وذات معنى بالنسبة للأفراد . لذا فإن ثقافة جماعة الرفاق تؤدي ما يمكنها به أن تملأ هذا الفراغ – عن طريق القيام بأعمال مثيرة من جهة وعن طريق رفض ثقافة الكبار من جهة أخرى .

والانحراف عن معايير الجماعة كأحد وسائل رفض الثقافة أصبح بتقدم المجتمعات وزيادة أعداد أفرادها ظاهرة هامة . فالشخص المنحرف طبقاً لرأي « سيمان Seeman » (١٩٥٩) يشعر بالضعف في مواجهة المجتمع ، ولم تنم لديه مجموعة قوية من المعايير يمكن أن يحكم من خلالها على سلوكه أو على سلوك الآخرين ، ويشعر بأنه معزول وبعيد عن الآخرين ، كما يشعر بالتباعد عن نفسه أيضاً . ولكن الجانح لا يواجه كل هذه المعايير حيث تتوفر لديه معايير للحكم على سلوكه . ولكن بالنظر إلى معيار الشعور بالضعف في مواجهة الجماعة يعد الجانحون منحرفين – وأنهم كلما كانوا أكثر احداثاً وإثارة للمتاعب، كلما كانوا أكثر شعوراً بهذا الضعف . فحركات الهيبيز والبيتنيك تمثلان حالات من الانحراف والرفض لثقافة الجماعة ولكنها ليست جانحة . لقد أصبح من الصعب على الفرد أن يحس بمعنى وجوده وأصبح العنف هو الوسيلة لتأكيد وجوده وطريقة ليعرف العالم بوجود الشخص وأهميته . وربما كان العنف المتزايد في المجتمعات عائدا إلى كون القيم السائدة في هذه المجتمعات قد أصبحت غير واضحة .

وكما يرى « موررير Mowrer » (١٩٦١) « وبيترسون Peterson » (١٩٦٧) فإن الانحراف والجناح والتطبيع الاجتماعي الضعيف نسبياً كلها تشير إلى أن القوى الثقافية تعمل على إنتاج اتجاه عام نحو الانحراف – هذا الاتجاه العام يؤثر بقوة على بعض العوامل الفردية المحددة مثل : مستوى الاستثارة – علاقة الوالدين بالطفل – إلى جانب مجموعة العوامل الخاصة بوضع الأقليات والطبقة الاجتماعية وجميعها أمور تكثر في الثقافات الضعيفة .

ويذكر « أهيرن Ahern » (١٩٧٥) أن هناك علاقة مهمة بين بعض العوامل الثقافية وبين العنف . فقد وجد ارتباطاً مقداره ٤٠ ٪ بين مقدار الـ DDT الممتص في الدم وبين مقاييس العدوان والقلق والاكتئاب . وهذا يشير إلى أن هناك عددامن القوى الثقافية تؤثر بطريقة مباشرة على السلوك الاجتماعي، وأن هناك قوى سلبية تغير من تكويننا البيولوجيوكنتيجة لذلك تؤدي إلى زيادة الانحراف الاجتماعي .

وجميعنا معرض لتأثير هذه المبيدات الحشرية مباشرة أو بطريق غير مباشر في صورة الأطعمة التي نتناولها وسبق معاملتها بمثل هذه المبيدات .

تجربة هومرلين :

منذ خمسين عاماً مضت – ذكر « هومرلين Homer Lane » من خلالعمله في أحد معسكرات الإصلاح أن الأحداث الجانحين يمكن علاجهم عن طريق الحب الذي يقدمه المسؤولون عن الطفل . لقد جمع هومرلين مجموعة من الأولاد والبنات الخطرين من محاكم لندن وهم يتميزون بميولهم المضادة للمجتمع ومات فيهم الشعور بالخجل ولهم شهرة واسعة في النهب والسرقة وبانتمائهم إلى عصابات محترفة . جُمع هؤلاء الأطفال الجانحون إلى معسكر اصلاح يتوفر فيه مجتمع قائم على الحكم الذاتيوالتقبل المبني على الحب، وبالتدريج أصبح هؤلاء الأطفال أكثر لطفاً وأمانة .

كان « هومرلين » ناجحاً في تفهمه وتعامله مع الأطفال الجانحين . عالجهم لأنه دائماً كان يعطي الحب والتفهم . وكان دائماً ينظر بعمق إلى الدوافع الدفينة في أي جانح . كما كان مقتنعاً بأن خلف أي جريمة توجد رغبة كانت في الأصل طيبة . كما وجد أن الحديث مع الأطفال لا فائدة منه ولكن الفائدة المرجوة توجد في الفعل والعمل . وأنه لكي نخلص طفلاً ما من عادة اجتماعية سيئة يجب علينا أن نمكن الطفل من أن يعيش خارج حدود رغباته .

ففي إحدى المرات عبر أحد الصغار أمام « هومرلين » عن غضبه ورغبته في أن يحطم الأكواب وأطباقها الموجودة على مائدة الشاي فأعطاه لين قضيباً من الحديد وطلب منه أن يحمله ثم يضرب به في الهواء حتى يهدأ وفعلاً أخذ الصغير الجانح الحديد وأخذ يلوح به محطماً الأكواب والأطباق . وفي اليوم التالي عاد الطفل إلى لين ورجاه أن يعطيه مزيداً من المسؤولية وعملاً يعطي دخلاً أفضل من الذي يقوم به في المعسكر . فسأله « لين » لماذا يطلب عملاً يدر دخلاً أفضل ؟ فقال له لأنني أود أن أدفع ثمن ما كسرته من أكواب وأطباق . وكان تفسير « لين » أن عملية تحطيم الأكواب كانت بمثابة تفريغ للصراعات والاحباطات التي يعانيها الطفل والتخفف منها . فلاول مرة في حياة هذا الطفل يشجع عن طريق السلطة على تحطيم شيء ما والتخلص من غضبه ولابد أن يكون لذلك تأثير انفعالي إيجابي عليه .

كان الجانحون الذين درسهم « هومرلين » من أحياء شعبية قذرة – ورغم ذلك لم يعد أى منهم ثانية إلى العصابات . وتسمى هذه الطريقة بطريقة منح الحب أو طرح الكراهية بعيداً . وحيث لا تشفي الكراهية إنساناً ما من أي شيء ما – فإنها أيضاً لن تجعله اجتماعياً .

وفي هذه الأيام يبدي كثير من ضباط البوليس رغبة مخلصة في محاولة فهم الجانحين ، كما يعمد الأخصائيون النفسيون إلى تعريف الجانح على أنه صورة من صور المرض تحتاج منا للحنان والفهم أكثر من كونه إنسانا شريرا ، وأنه يحتاج للحب بدلاً من الكراهية والفهم بدلاً من النظرة الجامدة الخاطئة ، ونظرة سليمة نحو ربط الجانح بالمجتمع بدلاً من تعميق كراهيته لهذا المجتمع . فلم يسمع عن بناء إنسان على أساس من العنف والقسوة والكراهية . فالجانحون أفراد يتميزون بأنهم تعساء وكارهون ولديهم مشاعر نقص واضطراب وجداني . كما أنهم محرومون من الاحترام يعيشون جواً من التوتر والشك .

oooo

مراجع الفصل السادس

— Ahern, F.M. (1975). Pesticide exposure and personality. Unpubl. mss, University of Hawaii.

— Farrell, J.T. (1935). Studs Lonjgan : A trilogy. New York : Vanguard.

— Glueck, S. & Glueck, E. 'Working mothers and delinquency.' Mental Hygieney, 1957, 41, 327–352.

— Goodman, P. (1966). Growing up absurd. New York : Random House.

— Hoffman, M.L., & Saltzstein, H.D. 'Parent discipline and the child's moral development.' J. Personality and Social Psycholigy, 1967, 5, 45–57.

— Jacobs, P., Brunton, M., Melville, M.M., Brittain, R.P., & McClemont, W.F. 'Aggressive behavoir, mental subnormality, and the XYY male.' Nature, 1965, 208, 1351–1352.

— Lynn, D., & Sawrey, W.L. 'The effects of father-absence on Norwegian boys and girls.' J. Abnorm. Soc. Psychol., 1959, 59, 258–262.

— Mowrer ,O.H. (1961). The crisis in psychiatry and religion. Princeton, N.J. : Van Nostrand.

— Peterson, D.R. 'The insecure child : Over-socialized or under socilalized? In O.H. Mowrer (Ed.), Morality and mental health. Chicago : Rand McNally, 1967, 459–471.

— Seeman, M. 'On the meaning of alienation.' American Sociological Review, 1959, 24, 783–791.

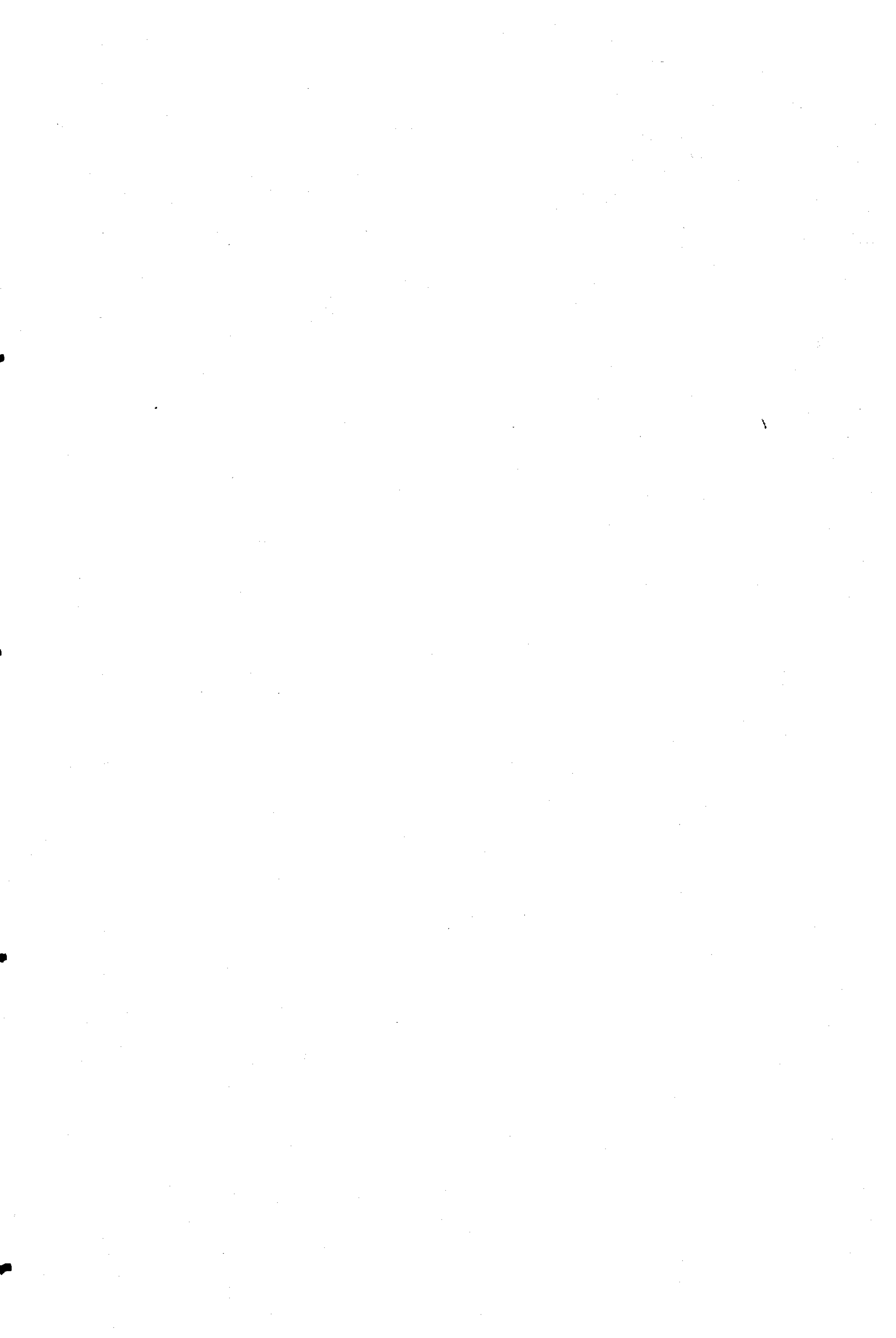
— Siegman, A.W. 'Father absence during early childhood and anti-Social behavoir.' Journal of Abnormal Psychology, 1966, 21, 555-566.

— Shaw, J.A., & Moore, M.E. (1931). Natural history of a deliquent career. ' Chicago : University of Chicago Press.

— Thrasher, F.M. (1963). The gang. Chicago : University of Chicago Press.

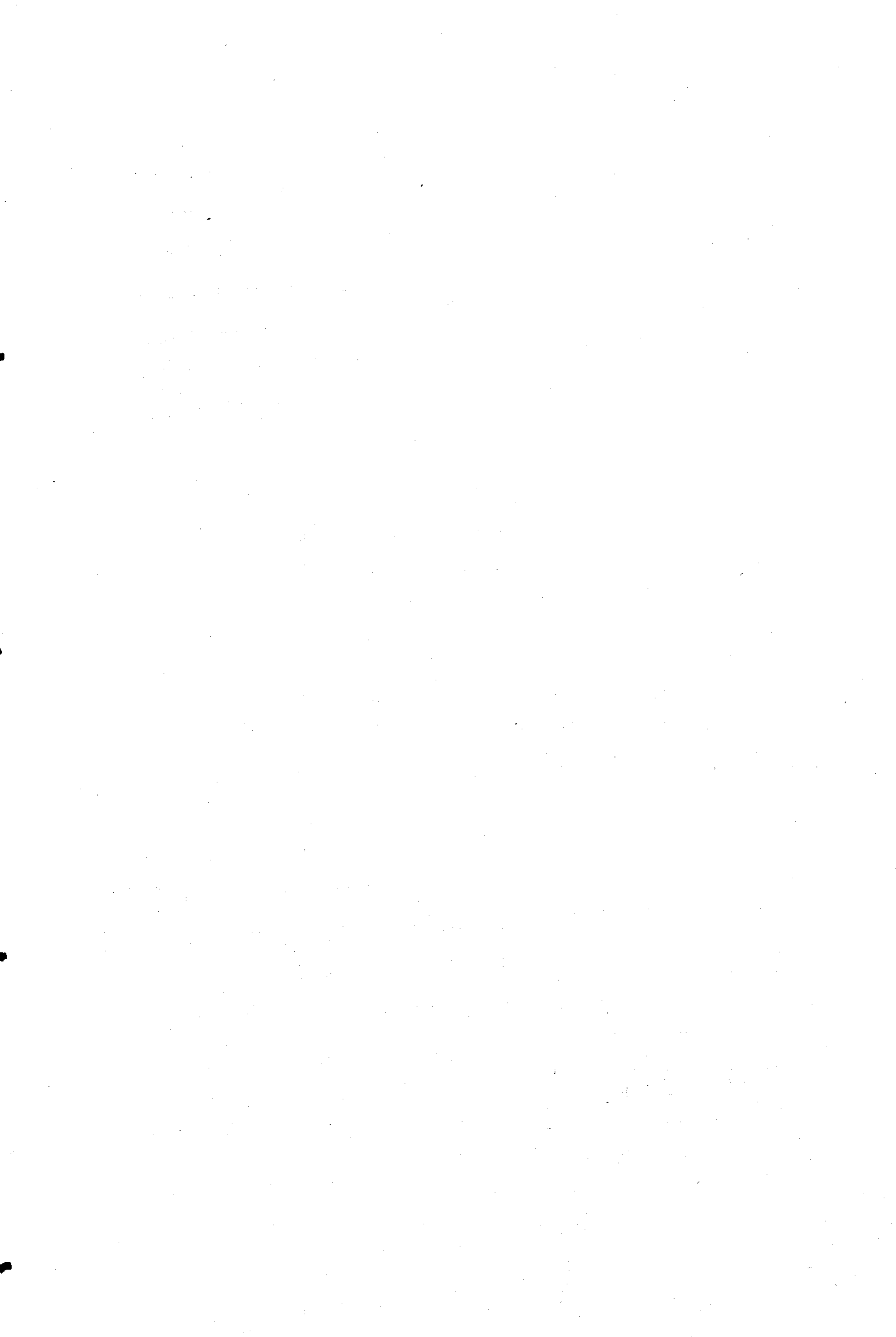
— Whyte, W.F. (1943). Street corner society. Chicago : University of Chicago Press.

ooo



الفصل السابع

السَّرقة وَالكَذب



السَّرقة وَالكَذب

السرقة

مقدمة

هناك نوعان من السرقة يجب أن نميز بينهما – السرقة التي يقوم بها الطفل العادي والسرقة التي يقوم بها الطفل العصابي . فالطفل العادي الطبيعي قد يسرق ، فهو ببساطة يود إشباع رغبة في التملك أو أنه يود أن يكون مغامراً بين أصدقائه . ولم يميز بعد بين ما يخصه وما يخص الآخرين . وكثير من الأطفال يقومون بهذا النوع من السرقة حتى سن معينة . فنسمع كثيراً من مديري المدارس أن التلاميذ يأخذون أو يقطفون ثمار حدائق المدرسة وزهورها . وعندما يكبر التلاميذ وينمو الوعي لديهم بصورة واضحة تقل حالات السرقة . وسرقة التلميذ للمدرسة تعتبر حالة شائعة فالسرقة العامة تلعب فيها المغامرة دوراً مهما وكذلك الاستعراض أمام زملائه وأمور أخرى مثل القيادة والجرأة والشجاعة إلى آخره من العوامل التي يبدي من خلالها الأطفال قدراتهم .

وكثيراً ما نجد طفلاً يسرق في سن الثالثة عشرة ومع استمرار نموه يصبح مواطناً صالحاً وما أطول فترة النمو التي يصبح بعدها الطفل كائناً اجتماعياً ومواطناً صالحاً ! !

والطفل في بداية حياته يتميز بالأنانية . ويستمر ذلك حتى بداية البلوغ بعدها يتقبل بصفة عامة فكرة التطابق مع الآخرين ، ويصل مفهوم أنا والآخرين إلى النضج عندما يصل الفرد ككل إلى نضج شخصيته .

فإذا ما كان الأطفال محبوبين وأحراراً سيصبحون طيبين وأمناء . والأمانة خاصية مكتسبة وتظهر متأخرة في نمو الإنسان بظهور الملكية الخاصة . وربما كان العامل الأهم في ظهور صفة الأمانة هو الخوف ، فليست هناك أمانة مجردة تمنع الفرد من الغش عند ذكر دخله السنوي لحساب الضرائب ، ولكنه الخوف من افتضاح أمره وما يتبع ذلك من مأساة اجتماعية قد تدمر سمعته وعمله وحتى منزله .

وعندما يكون هناك قانون يقف حائلاً ضد أي خطأ – فيجب أن يوضع في الاعتبار أن

وجود هذا القانون إنما هو تعبير عن وجود ميل في الأفراد لأن يجنحوا في الاتجاه المضاد أي يخطئوا ويتعدوا حدود القانون . وهناك عدة قوانين في كل الدول ضد السرقة والنهب والغش وغير ذلك،وكلها قائمة على الاعتقاد بأن الناس سيسرقون كلما أتيحت لهم الفرصة وهذه حقيقة . ولذا فإننا لا نقول أن هناك أناسا أمناء وغيرهم غير أمناء – بل إن الأمانة درجات على خط متصل . فقليل من الناس مثلاً سوف لا يتهرب من دفع الضرائب الجمركية على ما يحمله من أشياء – أي لن يلجأ إلى التهريب . وقليل أيضاً من الناس لا يغش عندما يطلب منه ذكر إيراده السنوي لحساب الضرائب المطلوبة منه،ومع ذلك يضطرب الفرد اضطراباً شديداً عندما يعلم أن إبنه سرق قرشاً .

ومن جهة أخرى فعند تعامل الناس معاً يتميز أغلبهم بالأمانة في أجمل صورها . ومن السهل مثلاً أن تضع ملعقة فضية في جيبك عندما تكون في ضيافة أحد من الناس إذا فكرت فيذلك ، ولكننا في أغلب الأحيان لا يخطر ببالنا ذلك الأمر – ولكن قد يخطر ببالنا أن نعيد استخدام تذكرة القطار أو الأتوبيس التي نسي جامع التذاكر أن يختمها وأن يأخذها منا .

وكثيراً ما يفرق الأفراد بين ما يخص الفرد وما يخص مؤسسة أو منظمة سواء كانت تتبع الدولة أو تتبع فرداً . فلا خطأ في أن يغش الفرد شركة للتأمين ولكن كل الخطأ أن يغش بقالاً . ولكن الطفل لا يميز بين المواقف بهذه الصورة ، ودون تمييز سيسرق من زملائه في الفصل ومن مدرسيه ومن المحال التجارية . ولا يسلك جميع الأطفال بهذه الطريقة – ولكن كثيرين سيوافقون على المشاركة في المسروقات . وهذا يعني اننا سنجد بين أطفال الطبقة المتوسطة ممن هم متحررون وسعداء – نفس النوع من عدم الأمانة الذي يظهر بين الأطفال الأكثر فقراً .

وإننا لنجد كثيراً من الأطفال يسرقون عندما تتاح لهم الفرصة . والسرقة في نظر الطفل فرصة ذهبية عندما تحدث ولكنه عذاب الجحيم في الآخرة . والأطفال لا يسرقون بطبيعتهم فالطفل الذي ينشأ في جو مملوء بالحب سينمو تاركاً سن السرقة ويصل إلى النضج ليكون إنساناً أميناً .

أما النوع الثاني من السرقة وهو الذي أصبح عادة أو سرقة قهرية فهو يميز الطفل العصابي . والسرقة التي يقوم بها الطفل العصابي هي دليل على نقص الحب والدافع إليها لا شعوري . وفي كثير من حالات سرقات الأحداث يشعر الطفل بأنه غير محبوب وسرقته إنما هي محاولة رمزية للحصول على شيءذيقيمة كبيرة ، وسواء كانت السرقة في صورة نقود أو جواهر أو أي شيء آخر فإن ما تريده الرغبات اللا شعورية هو سرقة الحب . وهذا النوع من السرقة يمكن علاجه فقط بمنح الحب للطفل . فعندما يشعر الطفل بأننا نحبه ونقبله وأننا نعطيه الحب بدل الكراهية – فستتوقف السرقة إن آجلاً أو عاجلاً ، لأن الحب الذي كان يلجأ إلى سرقته رمزياً في صورة

نقود أو بضائع أصبح يقدم صريحاً وعلناً وأصبح في غير حاجة إلى سرقته بصورة رمزية .

ويصبح الموقف أكثر تعقداً عندما تشير السرقة إلى نقص في الحب الأبوي وزيادة في الإحباطات الموجهة نحو الجنس ، وهنا تظهر الحالة المسماة « كليبتومانيا Kleptomania » أو هوس السرقة الرمزية القسرية . وهي حالة من فقد القدرة على التحكم في حركة اليد عندما تمتد إلى شيء ممنوع أو محرم — كالاستمناء مثلاً ، وهذا النوع من السرقة يعد نذيراً طيباً للآباء ليتبينوا خطأهم ويبدأوا ثانية في التعبير صراحة للطفل أنهم أخطأوا بما فرضوا عليه من قيود وحرمان .

ومن الصعب على المدرس أن يعالج هوس السرقة دون مساعدة من والدي الطفل . كما أن أفضل الأشخاص قدرة على تخليص الطفل من عوامل الإحباط هو الشخص الذي بدأها أصلاً . وقد يكون أيضاً الدور المهم الذي يقوم به الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون في محاولة فهم الطفل فهماً سليماً ، وفي معاملته بأسلوب بعيد عن التحقير وفهم سليم للدوافع الحقيقية التي تكمن خلف هذا السلوك أو ذاك — كلها تعد عاملاً مهماً في علاج مثل هذه الحالات . واتباع أساليب أخرى خالية من منح الحب والتقدير والقبول يصبح معوقاً للعلاج ومدعماً للسلوك المنحرف الجانح .

ويخطىء الآباء كثيراً عندما يلقون اللوم على رفقاء السوء وأفلام العصابات وضعف السيطرة الوالدية على الطفل لأن الأب كان في الجيش أو في عمل يتغيب فيه معظم الوقت — الأمر الذي أدى إلى أن يصبح الطفل غير أمين . أن كل هذه العوامل ذات تأثير ضعيف إذا كانت تنشئة الطفل طبيعية من ناحية الجنس وإذا منح الحب والتقبل .

فالعلاج الفعال يكمن في محاولة جادة يبذلها الآباء في تغيير أسلوب معاملتهم للطفل . والإنسان السعيد لا يسرق قهرياً ولا باستمرار . وعندما نود معرفة عادة السرقة في فرد ما يجب أن نسأل :

ما هي خلفية الفرد ؟

هل نشأ في منزل سعيد ؟

هل يشعر بالذنب من اللعب في أعضائه التناسلية ؟

هل يشعر بالذنب تجاه عقيدته ؟

لماذا لا يحترم والديه ؟

هل يشعر بأن والديه لا يحبانه ؟

الكذب

يكذب الطفل تحت تأثير الخوف من الكبار أو كتقليد لهم . ومن المتوقع أن يكذب الطفل إذا كان أبواه كاذبين . وإذا أردنا أن يقول الطفل الحقيقة :يجب علينا ألا نكذب نحن عليه . وأحياناً يكذب الطفل ليدفع عن نفسه ضرراً متوقعاً وقد يكذب حتى لا يؤذي مشاعر إنسان آخر ،وأحياناً يكذب الطفل على نفسه لينفي عن نفسه تهمة مثل الأنانية أو الغرور bumptiousness. فبدلا من أن تقول الأم للطفل مثلاً – إهدأ لأن ماما عندها صداع – فإنها تجد من السهل والأفضل أن تصرخ في وجهه قائلة أوقف هذا الصراخ اللعين ، ويقال ذلك خاصة عندما لا يخاف الأطفال من الأم .

ويكذب الآباء في بعض الأحيان ليحافظوا على مكانتهم في نفس الأطفال . فعندما يسأل الطفل والده قائلاً هل تقدر يا أبي أن تصارع ستة رجال ؟ ألا تقدر ؟ وهنا تحتاج الإجابة إلى بعض الشجاعة من الأب ليقول : لا يا بني – فإن بطني الكبيرة وعضلاتي الضعيفة لا يسعفاني في ذلك ، أنا لا أقدر على مصارعة قزم . لكن كم من الآباء يعترفون لأطفالهم بأنهم يخافون الرعد أو رجل البوليس ؟ قليلون . ويدفع الأسرة وخاصة الكبار فيها لأن يكذبوا على الأطفال دافعان مهمان :

أولاً : أن يحافظ الطفل على مستوى أفضل من السلوك .

الثاني : أن تؤثر على الطفل عن طريق صورة مثلى للآباء تتصف بالدقة والحكمة . فالآباء والمدرسون يجاهدون دائماً ليكونوا صوراً مثالية في نظر الأطفال . إنه الخوف من الأطفال الذي يدفعهم لأن يكونوا منافقين hypocrites في بعض الأحيان . وكثيراً ما يتخيل الطفل والده على أنه بطل أو فارس مغوار . ويحاول بعض من الآباء أن يعيش الصورة في خيال أطفاله ولكن الطفل لا يمكنه أن ينسى أبداً منظر والده عندما يقفز هرباً من فوق سور عال هرباً من كلب أو قط كبير . وسيذكر الأطفال في يوم من الأيام أن آباءهم ومدرسيهم كانوا كاذبين ومخادعين في مواقف معينة ، ففي فترة معينة من فترات حياة الطفل يكون الأب والمدرس محوراً لنقد الطفل وهو الوقت الذي يدرك فيه الطفل والديه على أنهما غير أمينين– ويكون النقد موجهاً في الواقع لصورة الأبوين التي رسمها لهما في خياله ، والإختلاف كبير بين الصورة الجميلة التي رسمها في أحلامه لوالديه وبين صورتهما الحقيقية التي تتميز بالضعف . وبعد فترة من النمو يتجه الطفل نحو والديه بالحنان والفهم لهما دون وهم أو صور خادعة . وهنا يمكن الآباء أن يذكروا لأبنائهم دون خوف حقيقة أنفسهم . والعقبة الرئيسية في أن نخبر الأطفال بحقيقتنا –

هي أننا نفشل في أن نحدث أنفسنا عنها . فنحن نكذب على أنفسنا وعلى غيرنا . ويرجع ذلك إلى أننا تعلمنا منذ طفولتنا أن نرتفع إلى مستويات خلقية لا يسهل علينا للوصول إليها لسبب أو لآخر ولذلك نعمد إلى إخفاء حقيقتنا في إطار من الأكاذيب حددته أساليب تربيتنا الأولى .

الأخطاء الشائعة في الطفولة :

● الكذب

أكاذيب صغار الأطفال لاتعنى عادة خداع الآخرين ، ولكنها أساسا نتيجة للخيال والوهم . ويرجع بعضها إلى عدم الدقة والتضخيم والتقليد للآخرين المخادعين . ويرجع البعض الآخر إلى محاولات الطفل تجنب العقاب أو التهديد بالعقاب . وأغلب أكاذيب الأطفال الكبار ترجع إلى الخوف من العقاب وعدم التقبل أو السخرية .

● الغش

يشيع بين الأطفال من جميع الأعمار أن يغشوا في المباريات . ويرجع ذلك إلى التقدير الإجتماعى المرتبط بالفوز . أما الغش في المدرسة فيشيع عندما يكون هناك إهتمام زائد بالدرجات المدرسية . وقد يغش الطلاب النابهون ليساعدوا زميلا أقل قدرة حتى يحصلوا على درجة أفضل من القبول الإجتماعى ، ولتقوم بينهم علاقات أفضل .

● السرقة

بينما يتعلم أغلب الأطفال منذ فترة مبكرة أن السرقة خطيئة وأنه من الخطأ أن نسلب ممتلكات الآخرين – فإنهم يسرقون عند ما يريدون شيئاً يشعرون الا سبيل اليه بطريقة أخرى . وتشيع السرقة عندما يشعر الأطفال أنه لن يقبض عليهم .

● التدمير

لا يكون التدمير لدى صغار الأطفال مقصوداً إلا في حالة الإنتقام . ويعد كبار الأطفال أقل تدميراً من الصغار لخوفهم من العقاب . ويحدث التدمير عادة في المواقف الجماعية وكتعبير عن العداء نحو الشخص الذى دمرت ممتلكاته .

● الهروب

يحدث الهروب عادة بين صغار الأطفال نتيجة المخاوف المرضية المرتبطة بالمدرسة ، وهو خوف من المدرسة لاتسببه المدرسة ولكن الموقف المنزلى . ويحدث الهروب بين الأطفال الكبار كنتيجة لكراهية المدرسة المترتبة على ضعفه الأكاديمي ونقص تقبل زملائه له ، وضعف التقدم الدراسى ، والتاديب على السلوك الخاطئ .

والطفل يكذب خوفاً من قول الحقيقة ولكنه عندما يتأكد أنه لا خوف عليه لا يجد فائدة من الكذب . وأغلب أكاذيب الأطفال يثيرها الخوف وفي غياب الخوف يختفي الكذب ، ولا أقول أنه ينتهي تماماً فالطفل قد يخبر الكبار بأنه قد كسر شباكاً ولكنه لن يخبرهم أنه سرق قطعة نقود .

وأن تقول كذبة فهذا أمر بسيط — ولكن أن تعيش هذه الكذبة هو الكارثة الكبرى . وأمثال هؤلاء انما هم خطر كبير . ويجب أن نطلب دائماً من أطفالنا أن يذكروا الحقيقة المطلقة في كل الأوقات ، وهناك مثال بهذا الصدد :

قال الأب لابنه الذي تعلم السرقة:— يجب يابني أن تقول الصدق وأن تكون أميناً في كل الأوقات . وكان هذا الأب يكره زوجته وهي أيضاً تكرهه رغم أن كلا منهما يخاطب الآخر بأدب . فهي تناديه قائلة: يا عزيزي وهو يناديها قائلاً: يا عزيزتي . ولكن الطفل كان يحس أن هناك خطأ ما في هذا المنزل وهنا نتساءل : أي فرص ممكنة يمكن أن يشب هذا الطفل من خلالها وينمو نمواً سليماً ؟ وفي ضوء هذا التساؤل لن نجد سوى عدم الأمانة مادام البيت كله يكذب على بعضه البعض ،وكانت سرقة هذا الطفل أسلوباً مرضياً للحصول على الحب الذي افتقده بالمنزل .

أنــواع الكذب

كذب التقليـــد :

قد يكذب الطفل تقليداً لآبائه المزيفين . فليس من الممكن للطفل أن يكون صادقاً في منزل لم يعد الوالدان فيه يحبان بعضهما البعض. ومهما تظاهر الوالدان بأنهما على علاقة طيبة ببعضهما فلن ينخدع الطفل ، سيغرق في أوهام غير حقيقية من صنعه هو . والإنسان خير بطبعه ولكن البيئة تشكله بالصورة التي هي عليها .

وكثيراً ما يصب أفراد المجتمع الأكاذيب في عقل الطفل ، وكثيراً ما يجد الأب صعوبة في أن يقول الصدق دائماً ، فهو يذكر مثلاً للطفل أن الاستمناء يؤدي إلى الجنون وفي هذا القول يتجاهل الأب ما يمكن أن تؤدي إليه مثل هذه العبارة الكاذبة من تدمير للطفل . والأم تطلب من الطفل أن يصحبها للنزهة ثم يكتشف أنه أخذ لعيادة الطبيب .

وهناك كثير من البيوت التي تعيش دون كذب ، ومن مثل هذه البيوت ينشأ الأطفال الذين يتميزون بالبراءة والإخلاص . ويمكن للآباء أن يجيبوا على كل أسئلة الطفل بصدق ابتداء من

الأسئلة التي تدور حول كيفية وجوده إلى الأسئلة الخاصة بعمر الأم .

يذكر أحد الباحثين أنه كذب كذبة كبيرة في أحد المرات . فقد سرقت إحدى البنات التي يعرفها ويعرف تاريخها التعيس جنيهاً ولقد رأى حادثة السرقة ثلاثة أولاد كما رأوها وهي تنفق ما سرقته على شراء المثلجات والسجائر فقبضوا عليها وقدموها للباحث – الذي كان يعمل مديراً للمدرسة الملتحقة بها – قائلين له أننا سألناها من أين جاءت بالنقود فقالت لنا أنها منك – فهل هذا صحيح ؟

فسألهم : لماذا ؟ نعم لقد أعطيتها النقود . وتركتها لتذهب وتشتري ما تريد . ولكني اكتشفت بعد ذلك أنها لم تعد تثق بي . فالسرقة الرمزية للحب في صورة نقود قد أصابها نوع آخر من التدهور وكان علي أن أثبت أنني بجانبها دوماً . وقد علمت من دراسة حالتها أن منزلها لو كان أميناً وصريحاً لما حدث مثل هذا الموقف .

ويقول الباحث:أنني كذبت لهدف ولكنني في كل الظروف بعد ذلك لم أجرؤ على أن أكذب ثانية .

الكـــذب الخيـــالي :

وهناك نوع من الأكاذيب شديدة الصلة بخيالات الطفل . يذكر الطفل لأمه مثلاً أنه رأى كلباً في حجم البقرة الكبيرة . وفي مثل هذه الحالات فإن الكذب يكشف شخصية الكاذب .
وأفضل الطرق للاستجابة إلى مثل هذه الأكاذيب هو أن ندخل في صميم الكذبة فعندما يذكر الطفل مثلاً أن والده يملك سيارة رولزرويس – نرد عليه قائلين : نعلم ذلك – أليست جميلة حقاً ؟ هل يمكنك قيادتها ؟ ولا أعتقد أن يوجد مثل هذا النوع من الكذب بين الأطفال الذين اتسمت حياتهم بالنظام والضبط الذاتي منذ الميلاد ، كما لا يحتاجون إلى مثل هذا النوع من السلوك التعويضي لمشاعر النقص التي يعانون منها عن طريق ذكر قصص طويلة حول عديد من الأمور .

وهذا النوع من الكذب الخيالي قد يكون نوعاً من أنواع اللعب يتسلى بها الطفل ويحتاج من الآباء التوجيه الحسن والاستفادة منه خاصة عندما يكون خيال الطفل من النوع القوي المبدع .
كما أن مثل هذا النوع من الكذب ينتهي وحده مع الزمن ، لذا فلا داعي للقلق من قبل الآباء .
ومن الأفضل والمفيد للطفل إذا ما شطح به خياله في صورة قصة أو حادثة وهمية أن نسأله بطريقة هادئة ولطيفة من حين لآخر إذا كان متأكداً من صحة ما يقول ، إذا نحن جعلناه يحس من نبرات صوتنا بأننا نحب هذا النوع من اللعب ونشاركه فيه مشاركة فعلية فنبادله قصة بقصة وخيالاً بخيال ونشعره بأن هذه القصص مسلية ولكنها مخالفة للواقع .

الخلط بين الواقع والخيال :

يصعب على الطفل في مراحل معينة من حياته أن يميز بين ما يراه في الواقع وبين ما يرسمه خياله . فما يستهويه من حكايات خرافية أو قصص واقعية يتحدث عنها بعد ذلك كأنها وقعت له بالفعل . وكثيراً ما لا يتمكن الطفل من التمييز بين ما يراه في أحلامه وبين الحقيقة ويخلط بينهما ، فيحكي ما يراه في الحلم على أنه رآه فعلاً في الواقع . فقد قامت طفلة في الرابعة من عمرها مذعورة من نومها تبكي وتقول أن بائع الثلج المقيم في آخر الشارع ذبح خادمتها في منتصف الطريق ووصفت بشيء من التطويل كل مارأته في الحلم وقصت كل ماذكرته على أنه حقيقة .

وهذا النوع من الكذب يزول من تلقاء نفسه عندما يصل عقل الطفل إلى مستوى من النضج يمكنه من أن يدرك الفرق بين الحقيقة والخيال . ولكن لا يعني ذلك أن نتركه حتى يزول من نفسه – فشيء من الإرشاد مع مراعاة مستوى عقل الطفل يفيد فائدة كبيرة من الناحيتين الانفعالية والادراكية . والنوعان السابقان من الكذب ينطويان تحت قائمة الكذب البريء .

الكذب الإدعائي أو التعويضي أو المرضي :

في هذا النوع من الكذب يلجأ الطفل إلى المبالغة في وصف خصائص أو تجارب ليست موجودة أو متوفرة لديه ليحظي بتقدير وإعجاب الآخرين . فيصف مثلاً مبلغ غناه أو مبلغ قوته وكم تغلب على أطفال آخرين أو كم لديه من الملابس الفاخرة أو ماله من عدد كبير من الأصدقاء أو مدى صداقة والده بمصادر السلطة . وكل هذه الأمور تخالف الواقع في حقيقة الأمر – لكنه يهدف من ذلك إلى تعظيم الذات وجعلها مركز الانتباه والإعجاب كتعويض عن شعور الطفل بالنقص . وتعظيم الذات عن طريق الكذب إنما هو طريقة لتغطية هذا الشعور بالنقص. ويرجع هذا النوع من الكذب في بعض الحالات إلى وجود الطفل في بيئة أعلى من مستواه في ناحية معينة ، ورغبته في الوصول إلى هذا المستوى ، فإذا لم يتمكن في الواقع من تحقيق ذلك بطرق واقعية – حققها بطرق يخترعها من مخيلته . أي أن الطفل قد يلجأ إلى هذا النوع من الكذب التعويضي عند عجزه عن الانسجام مع من حوله . وعندما تضيق به بيئته المنزلية بالنسبة لبيئة المدرسة ، وعندما يخضع لكثير من الإذلال والقمع اللذين يقعان عليه ممن حوله من الذين لا يريدون له الظهور – ولعلاج هذا الأمر يجب أن نكشف عن نواحي القوة في الطفل والتي تكون بمثابة تعويض سليم لجوانب القصور الأخرى لو تعهدناها بالرعاية حتى يتفوق فيها فترتد له ثقته بنفسه ويزول إحساسه بالنقص . ومن أنواع الكذب الادعائي أن يدعي الطفل المرض أو أنه مضطهد

ومظلوم أو سيء الحظ، كل ذلك ليحصل على قسط أكبر من العطف والرعاية . ويحدث هذا عادة من الطفل الذي لم يحصل على العطف الكافي من والديه إلا إذا كان في حالة مرض أو مسكنة . وهذا النوع من الكذب يجب أن يعالج من الصغر حتى لا يلازم صاحبه في كبره ويغدو من فئة للفشارين للذين يكثر حديثهم عن أشياء وأعمال وصفات جليلة يكون الآخرون على ثقة من عدم وجودها .

الكذب الغرضي أو الأناني :

وقد يكذب للطفل لتحقيق غرض شخصي . ومن أمثلة ذلك أن يطلب للطفل شيئاً ما من والدته مدعياً أنه لأخيه الذي يصغره بينما في حقيقة الأمر يطلبه لنفسه . فقد جلس أفرد الأسرة على مائدة الطعام لتناول طعام الغداء وأمام كل منهم أطباق تحتوي على كمية الطعام اللازمة له، إلا أن هناك كمية إضافية لم توزع بعد . وقد أسرع أحد أطفال الأسرة بالتهام طعامه حتى أتى على كل ما في أطباقه وهنا اتجه إلى والدته قائلاً أمي — إن كمية الطعام هذه لن تكفي أخي الصغير فقالت ولكنه لم يأت على أطباقه وقد بدأ يشبع ، فقال لها أليس من الأفضل أن تضحي له بعض الطعام في طبقي هذا ليتناوله إذا انتهى من طبقه ولم يشبع ؟ فرفضت الأم .

ولعل الدوافع إلى الكذب الغرضي أو الأناني هو عدم توافر ثقة الطفل بالكبار المحيطين نتيجة عدم ثقته في والديه لأسباب منها كثرة عقابهما له ولوقوفهما في سبيل تحقيق رغباته وحاجاته .

الكذب الانتقامي :

وكثيراً ما يكذب الأطفال انتقاماً من غيرهم بأن يوجهوا إليهم اتهامات يترتب عليها عقابهم أو سوء سمعتهم أو غير ذلك خاصة عندما يشعرون نحوهم بالغيرة أو عندما لا يشعر الطفل بالمساواة في المعاملة بينه وبين الطفل الآخر . وقد تدل هذه الحالات وتلك الحوادث على عملية لا شعورية مما نسميه بالاسقاط projection . ويكثر هذا النوع من الكذب بين الفتيات في مرحلة المراهقة فتكذب الواحدة منهن متهمة فتى بمحاولة التقرب منها والتحبب إليها — ويترتب على ذلك سرورها لأن لديها — حسب ما تتصوره من الجاذبية الجنسية ما يحرك الشبان نحوها — وقد تكذب الواحدة منهن لأنها ترغب في الانتقام من الفتى لعدم قيامه ازاءها بما كانت تتمناه منه . وقد يحدث ذلك من البنين .

فقد حدث أن قامت علاقة نظيفة بين فتى وفتاة وكانت الفتاة تهدف من ورائها إلى زواج

سليم بينما كان هدف الفتى خبيثا ، وكانت تعرف نقط الضعف فيه وتحاول علاجها بطريقتها ، بينما كان يعرف هو محاسنها ويغفلها بل ويحاول التقليل من أهميتها .

وعندما أصابه اليأس من الوصول إليها – وبعد رفضها الزواج منه إلا بعد أن يصلح ما أفسده وما ارتكبه من أخطاء في حق الآخرين – بدأ ينشر عنها شائعات تضمنت وصفها بكل ما عجز عن تحقيقه منها انتقاماً منها .

ويجب أن يكون الآباء والمعلمون حريصين ، إزاء هذا النوع من الاتهامات ، إذ أنها لا تقوم في غالبية الأحيان على أسس كافية من الحقيقة .

الكذب الدفاعي أو الوقائي :

يكذب الطفل خوفاً من العقاب وقد يرجع سبب الكذب إلى المبالغة في عقاب الطفل على أخطاء بسيطة . أو قد يكذب ليحتفظ لنفسه بامتياز خاص يخاف أن يفقده إذا قال الصدق .

يسأل الطفل مثلاً عما بيده فيقول أنه شيء حريف والواقع أنه حلوى . والواقع أن الكذب الدفاعي من أكثر الأنواع شيوعاً ، فالطفل الذي يرغب في دخول السينما ويخاف من عدم موافقة والده فيكذب قائلاً أنه ذاهب ليحضر كتاباً من صديقه فلان أو ليذاكر مع زميله فلان . والطفل الذي لا يرغب الذهاب إلى المدرسة فيخرج من المنزل مدعياً أنه في طريقه إلى مدرسته ثم يعود بعد وقت قليل ويقول لوالديه لم أتمكن من ركوب المواصلات أو تعطلت السيارة في الطريق أو لم تحضر سيارة المدرسة .

ومن أنواع الكذب الوقائي كذلك كذب الإخلاص – فيكذب الطفل على الآخرين حماية لصديق أو زميل من عقوبة قد توقع عليه . وتلاحظ هذه الظاهرة بين المراهقين أكثر من الأطفال ، فهو من مظاهر الولاء للجماعة . وهذا الولاء يقوي في دور المراهقة ويكون عند البنين أكثر من البنات .

الكذب العنادي :

قد يكذب الطفل لمجرد السرور الناشيء عن تحدي السلطة خصوصاً إذا كانت شديدة الرقابة والضغط قليلة الحنان . مثال ذلك الأم التي كانت تمنع طفلها أن يشرب أية سوائل قبل النوم بفترة . وكان يطلب منها أن يغسل وجهه قبل النوم وأثناءه يشرب ما يكفيه من سوائل وأمه واقفة

إلى جانبه دون ان تتمكن من ملاحظة ذلك ، وكان الولد يشتق لذة كبيرة من استغلال غفلة أمه رغم تشددها في الرقابة .

إننا يجب أن نسلح أطفالنا ضد كراهية كل من يهتمون بشؤونهم بإصرارنا على عدم الكذب أمام أطفالنا مهما كان السبب ، سواء كانوا أطفالنا أو أطفال غيرنا .فليس هناك سبيل آخر غير الصدق التام أمام الطفل ، فلو كان الأب فيما مضى خارجاً على القانون وقضى فترة عقوبة معينة بالسجن – ولو كانت الأم تعمل خادمة فيجب أن يعرف الأبناء .

وفي بعض الأحيان يكون الكذب البريء ضرورياً حتى لا يؤدي الصدق إلى تدمير الصحة النفسية للبعض من الأطفال . فعندما يسأل أحد الأخوة أمه قائلاً :

من تحبين منا أكثر يا أمي ؟ فترد قائلة إنني أحبكم جميعاً حباً كبيراً وبنفس الدرجة. لكنها إذا أجابت قائلة إنني أحب فلاناً أكثر كانت الإجابة ذات نتائج ضارة على بعض الأخوة الآخرين .

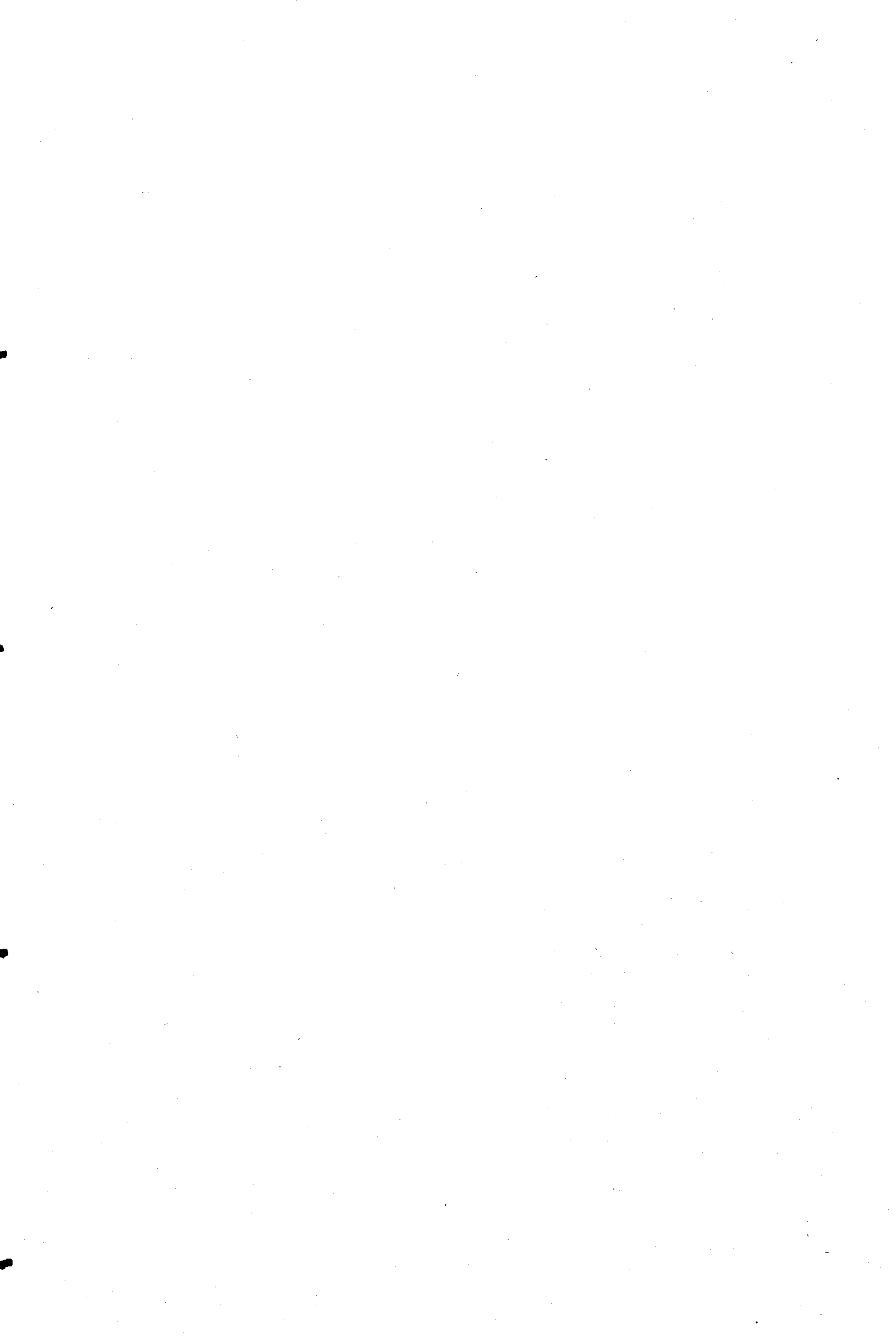
والأب الأمين بالنسبة لموضوعات الجنس سيكون أميناً بالنسبة للموضوعات الأخرى . فمن الخطأ أن يقول الآباء للطفل أن رجل البوليس سيأتي ليعاقب الأطفال المزعجين ، أو أن التدخين يوقف نمو الطفل ، أو أن تقول الأم أن لديها صداعاً في رأسها بدل أن تقول أنها تمر بالدورة الشهرية ، وكلها أشياء تحدث في ملايين البيوت .

ومن الأمور الطريفة قصة مدرسة نقلت حديثاً إلى مدرسة حضانة في إحدى المدن الكبرى ، سألها تلاميذها الصغار من أين يأتي الأطفال الصغار ؟ وفي اليوم التالي لاجابتها حضر إل المدرسة اثنتا عشرة أماً ثائرة غاضبة وهن يصفن المدرّسة بأنها كلبة ذات عقل قذر ويطالبن بتوقيع أقسى العقوبة عليها .

إن الطفل الذي ينشأ في جو من الحرية لن يكذب وهو على وعي بذلك . لأنه لا يحتاج لذلك . ولن يكذب لحماية نفسه بسبب الخوف من العقاب ، ولكنه سيشغل نفسه بالكذب الخيالي وذكر قصص طويلة عن أشياء لم تحدث أبداً .

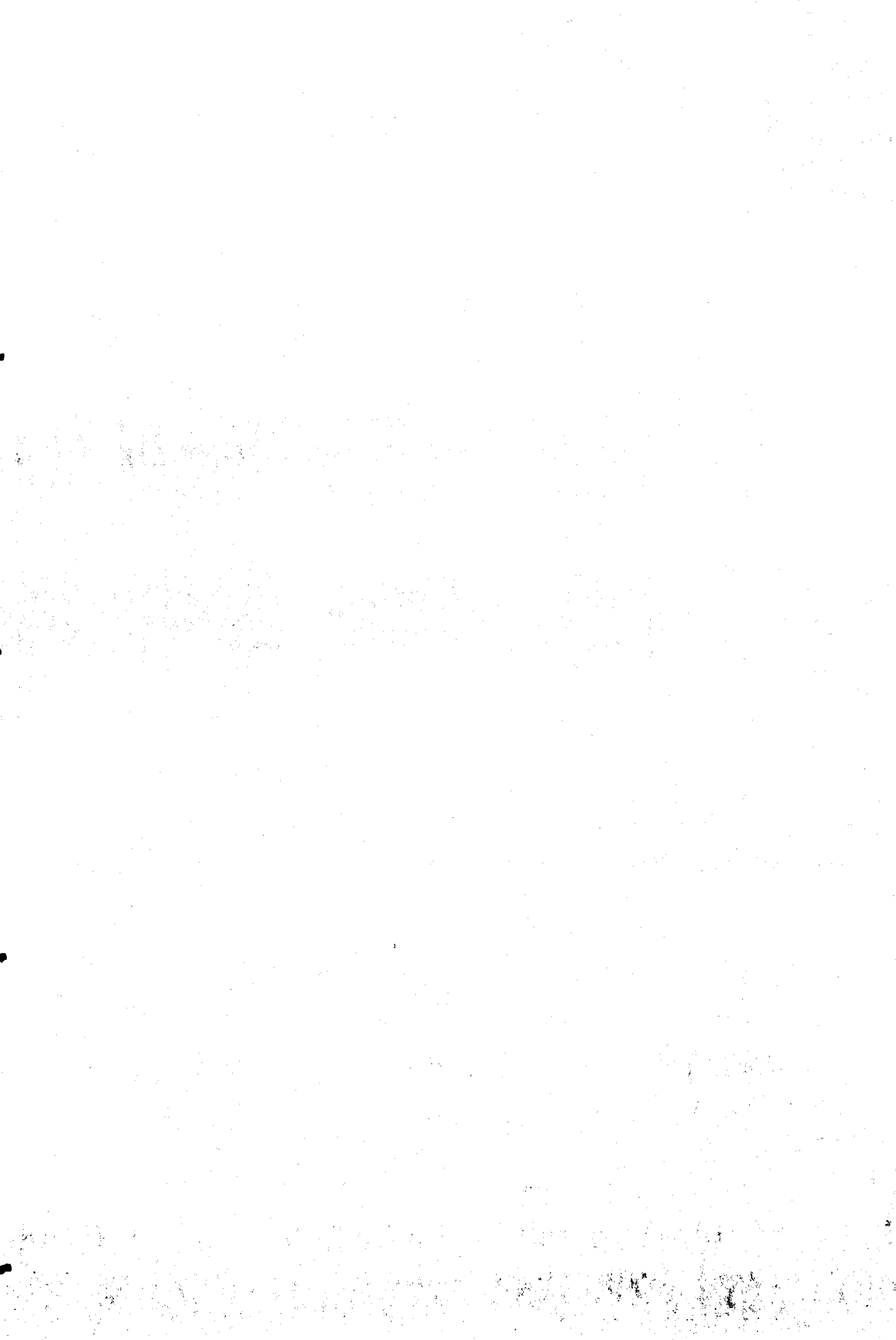
مراجع الفصل السابع

– عبد العزيز القوصي (١٩٦٩) أسس الصحة النفسية . ط ٧ . النهضة المصرية – القاهرة .



الفصل الثامن

العُدوان



العُـدْوَانْ

مقدمة

لا يشجع السلوك العدواني خلال فترة الطفولة ، كما أن الاتجاهات العدوانية أيضاً ممنوعة إلى حد كبير ، ومع ذلك يشيع العدوان في مجتمع البالغين . وقد يبدو العدوان مقبولاً في صوره المستترة وأشكاله المزيفة . أما العدوان العلني البدائي المصحوب بحركات بدنية مما يميز سلوك الأطفال فهو غير مقبول .

ويعرف العدوان على أنه أي فعل أو سلوك يهدف إلى الضرر أو الأذى . وبهذا التعريف فإنه يختلف عن أنواع السلوك الصدوق أو الاجتماعي . وفي السلوك العدواني تهمل حقوق ورغبات الآخرين أو تختزل . وبهذه الصورة فإن السلوك العدواني سلوك يدل على سوء التكيف . كما أن الأطفال ذوي السلوك العدواني الحاد لا يتصفون بالمرونة بل الجمود والنمطية (أسلوب سلوكي جامد) ، وأن الأطفال الذين يظهرون كمية كبيرة من العدوان فشلوا في تنمية ضوابط داخلية ولم يتعلموا أنماطاً من السلوك الملائم التوافقي المقبول .

ويتميز التفاعل الاجتماعي بين الأطفال الصغار بالعدوان الواضح والتخفيف من حدة الصراع عن طريق السلوك الحركي conflict-ridden behavior . ففي علاقات الأطفال ببعضهم – نجد الغضب والعمل العدائي والشجار والتنافس وجميعها تلاحظ بكثرة . ومن الصعب أن نحدد أوائل ظهور تلك المشاعر العدوانية في حياة الطفل لكن يلاحظ أن الأطفال يندفعون في حالة من الهياج والسخط الموجه نحو مصادر الأحداث التي تؤدي إلى الإحباط أو القمع أو التي تثيره إلى حد الغضب . كما يستخدم الطفل أي وسيلة في متناول يده ليتخلص من المثيرات غير السارة أو غير المرغوبة، وهذه الوسائل في حالة الطفل الصغير عادة ما تكون البكاء والصراخ والهجوم العضلي المباشر .

ويقل العدوان العلني كلما كبر الطفل ، فقد تم تعلم الضوابط الداخلية ، كما نمت الأساليب المقبولة اجتماعياً والأكثر فعالية في حل الصراعات ويدخل في هذا المضمار القواعد التي تحكم حقوق الملكية . كما يصبح الأطفال الأكبر سناً أكثر قدرة من الأطفال الأصغر سناً في تمييز

العوامل المؤدية إلى العدوان . فمثلاً – يميل الأطفال الأكبر سناً إلى الاستجابة للمواقف المقصودة المثيرة للغضب أكثر من المواقف العفوية (القائمة على الصدفة) ، كما تقل استجابة الأطفال الأكبر سناً لمواقف الغضب اللفظية إذا ما قورنوا بالأطفال الأقل سناً . ويبدو أن الأطفال الصغار لا يقبلون الحكمة القديمة التي تقول « العصى والأحجار يمكنها أن تكسر العظام . . ولكن الكلمات لن تضر أبداً » . وقد بينت دراسات « رول ، نسدال ، ماكار Rule, Nesdale & Mcare (١٩٧٤) أن صغار الأطفال فيما بين سن ٥ ، ٦ من العمر ينظرون إلى العدوان . الذي يرجع إلى أسباب شخصية على أنه خطأ كبير (كما في حالة ضرب طفل آخر . . . والاستيلاء على ما معه من حلوى) أكثر من العدوان الذي يرجع إلى دوافع اجتماعية (كما في حالة ضرب طفل آخر لاجباره على إعادة الحلوى التي سرقها) . ومن الواضح أن الأطفال، يتبنون من وقت مبكر بعض الحدود التي وضعها المجتمع فيما يختص بمبررات العدوان .

ويلاحظ أنه عندما تتميز اتجاهات المجتمع بالغمـــوض – فليس من الغريب أن يعاني الصغار من الشك أو من المتاعب .

ويوجد في كل عمر من الأعمار تنوع شاسع في كمية السلوك العدواني بين الأفراد ، كما يوجد لدى بعض الأطفال عدوان واضح وثابت في كثير من أنواع السلوك التي يقومون بها . أيضاً يختلف الأطفال في مدى اظهارهم للسلوك العدواني في مواقف الانتقام . فالأطفال الأقل عدواناً يقمعون عدوانهم عندما يكون الانتقام ممكناً ، بينما يكون الأطفال العدوانيون أكثر عدوانية في المواقف التي يكون فيها الانتقام ممكناً وسهلاً أكثر من المواقف التي لا يكون الانتقام فيها ممكناً (بيترسون Peterson ، ١٩٧١) . ومن الواضح أن أي موقف يثير في الأطفال أنواعاً مختلفة من السلوك – ويتوقف نوع السلوك الناتج على نوع خبراتهم السابقة .

وتركز كثير من البحوث التي قامت حول العدوان لدى الأطفال على المعتدي – ولكن يجب أن يعطي اهتمام أيضاً للاستجابة التي تبديها الضحية والطريقة التي تؤثر بها تلك الاستجابة على المعتدي . ففي دراسة قام بها « بيري وبيري Perry & Perry » (١٩٧٤) أوحيا إلى مجموعة من تلاميذ المدارس الابتدائية بأن يعتقدوا بأنهم إذا ضغطوا على جميع أجراس المدرسة فإنهم سيعرضون بعض التلاميذ الآخرين إلى نوع من الآلام السمعية . وكانت النتيجة – أن الضحية عندما أنكرت أنها تشعر بأي ألم – زادت المجموعة العدوانية من شدة هجومها وعدوانها . فاستجابة الألم التي تبديها الضحية تساعد على تدعيم السلوك العدواني لدى العدوانيين .

أن السلوك العدواني هو نتيجة لعملية تعزيز طويلة كان الطفل فيها يكافأ من والديه ومن أشقائه وأقرانه على مثل هذا السلوك . ويذكر « باترسون وليتمان وبريكر Patterson, Littman and Bricker » (١٩٦٧) أنه عندما يلي السلوك العدواني التسلطي – الموجه من

طفل في دار الحضانة إلى طفل آخر – تدعيم إيجابي (صرخات استغاثة – تسليم لعبته للمعتدي) فإن من المحتمل جداً أن يختار المعتدي هذا الطفل بالذات كهدف لعدوانه مرة ثانية .

ولو أن مثل هذا السلوك العدواني قد اتبع بتدعيم سلبي ، فإن المعتدي يكون أميل إلى اختيار طفل آخر كهدف له . وفيما يلي أمثلة لأنواع العدوان في حالة أنواع الاستجابات التي تبديها الضحية :

الفئـــة	أمثـــلة
أ – سلوك المعتدي	
١ – الهجوم البدني	المعتدي يضرب الضحية ، ويدفعها بيديه ، بالإضافة إلى الرفس بالأرجل والبصق ، والعض ، والقرص ، والرمي في الأرض واعتلاء الضحية والجذب والصدم وكتم أنفاس الضحية .
٢ – الهجوم بشيء ما	المعتدي يضرب الضحية بكتاب مثلاً .
٣ – الهجوم اللفظي أو الرمزي	المعتدي يستخدم ألفاظ التهديد للضحية ، ويتضمن ذلك التحقير للضحية والمطالب القسرية أو الوعيـد باستخدام تعبيرات الوجه .
٤ – العدوان على الممتلكات واغتصابها .	المعتدي يأخذ لعب الضحية .
ب – سلوك الضحية	
١ – سلبية	المعتدى يضرب الضحية – والضحية لا ترد العدوان أو تنسحب أو تستسلم .
٢ – بكاء	المعتدي يضرب الضحية والضحية تبكي .
٣ – اتخاذ موقف دفاعي	المعتدي يضرب الضحية – والضحية تغطي وجهها ، ويتضمن ذلك موقف الاحتجاج اللفظي .
٤ – إخبار المدرس	

الفئة	أمثلة
٥ – استعادة خصوصياته	المعتدي يأخذ شيئاً من الضحية ، والضحية تتشبث بالشيء وتستعيده ثانية من المعتدي .
٦ – إنتقام	المعتدي يضرب الضحيـة ، والضحية تضرب المعتدي بالتالي .

أسباب السلوك العدواني

من بين المفاهيم التي تفسر العدوان بين الأطفال – ثلاثة مفاهيم مهمة تكمن في علاقة الطفل بالوالدين هي :

١ – موقف الإحباط وعلاقته بالعدوان :

فأي موقف أو ظرف أو علاقة أو خبرة تؤدي إلى إحباط الفرد فإنها تبعث على العدوان .

٢ – الأب كنموذج للطفل :

فالمفهوم الثاني يؤكد أهمية النموذج الأبوي بالنسبة للطفل، والتطابق مع الأب. فالطفل يحدد لنفسه نموذجاً سلوكياً متقارباً مع الأب .

٣ – تساهل الآباء مع العدوان :

ويلاحظ أن تساهل الآباء مع العدوان يزيد ميل الطفل نحو السلوك العدواني .

وتتركز المفاهيم الثلاثة السابقة في البيئة وتؤثر على الخبرات التي يكتسبها الطفل وعلى الأخص كما تحدث في اطار الأسرة . كما أن العوامل الثلاثة السابقة تتعلق ببعضها البعض . فالبالغ الذي يحبط الطفل أميل لأن يبدي سلوكاً عدوانياً وأن يسمح به وأحياناً يكافيء السلوك العدواني الذي يقوم به الطفل . ويؤيد هذا القول نتائج دراسة « كوهين Cohin » (١٩٧٢) حيث

قام بإجراء مقابلة مع أولاد في الصف الدراسي الرابع حتى السادس محاولاً دراسة ثلاثة عناصر مهمه من الخبرات المتعلقة بالعدوان هي : الإحباط - النموذج (أي امتصاص سلوك النموذ) - التسامح مع العدوان أو تعزيزه . كانت هناك مجموعة من الأسئلة المتضمنة في المقابلة مثـــل :

أ - هل ولي أمرك يضربك بيده أو بشيء آخر عندما يكون غاضباً . ؟

ب - عندما لا يتصف عملك بالتعقل - فهل يصرخ ولي أمرك بأعلى صوته في الأطفال الآخرين .

ج - هل يتوقع ولي امرك أن تصارع الآخرين من أجل حقوقك .؟

كما كانت هناك أسئلة تتعلق بالأربعة الرئيسيين القائمين على عملية التطبيع الاجتماعي للطفل وهم : الأم - الأب - المدرس - الأقران . وكانت أهم النتائج تتلخص في الآتي :

١ - أن أولياء الأمور الذين أدركهم الأطفال على أنهم محبطون أدركوا أيضاً على أنهم نماذج جامدة من العدوان نحو الآخرين ويدافعون عن عدوان البعض على الآخر .

٢ - بينت المقابلات وجود نماذج عديدة من السلوك العدواني في حياة الطفل وخلال نموه .

وهناك جدل حول الأسس البيولوجية للعدوان . فعندما فحص « دياموند Diamond » (١٩٥٧) بعض الدراسات التي قامت حول سلوك الحيوانات - وجد أن هناك فروقاً في التوتر وفروقاً جنسية في العدوان ، وذكر أن هناك عوامل وراثية ذات تأثير مهم على إظهار السلوك العدواني - ومع ذلك - فالخبرات المكتسبة ذات تأثير مهم - فعندما فحص « بيركويتز Berkowitz » (١٩٥٦) بعض البحوث السابقة لم يجد دليلاً على وجود دافع غريزي للعدوان في الحيوانات ، وأكد أهمية العلاقة بين العدوان والإحباط أو التعلم السابق الذي سبق أن كوفىء فيه السلوك العدواني .

ورغم أن العوامل البيئية تسهم بقوة في ظهور السلوك العدواني - فمن الخطأ أن تهمل الفروق الوراثية بين الأفراد والتي قد ترفع بصورة غير مباشرة من ميلهم إلى الاستجابة لأحداث البيئة بصورة عدوانية . فهناك خصائص فطرية معينة قد تحدد أنواع الخبرات التي يكتسبها الطفل والتي يتعرض لها - وبالتالي تؤثر على السلوك والشخصية . ففي دراسة قام بها « ووكر Walker » (١٩٦٢) على مجموعة من أطفال الحضانة وجد منها علاقات مهمة بين النمط الجسمي الميزومورفي

(الرياضي) وبين مجموعة من السمات السلوكية التي سماها « النشط القوي » ، « العدواني المتسلط » . وذكر « ووكر » أيضاً أن التنوع في النشاط الجسمي ، وفي القوة الجسمية (في حالة السلوك التسلطي) ، والتنوع في الحساسية الجسمية كلها تلعب كوصلات مهمة بين البناء الجسمي والسلوك العام . ولا يمكن أن نهمل تأثير الدور الذي تلعبه هذه النواحي في تشكيل استجابات الفرد للبيئة التي يتفاعل معها .

الإحباط والعدوان

يمر أغلب الناس في حياتهم اليومية بمواقف إحباط ، فيها تعرقل أهداف الفرد ولا يصل إلى الجزاء ، وتبقى الرغبات دون تحقيق .

ويفترض « دولارد ودوب وميلر ومورر وسيرز Dollard, Doob, Miller, Mawrer & Sears » (١٩٣٩) أن السلوك العدواني هو الاستجابة النموذجية للإحباط ،وهذا الكلام تدعمه نتائج البحوث والملاحظات المختلفة . فقد وجدت علاقة مهمة بين السلوك العدواني وعقاب العدوان عند دراسة أسلوب التفاعل بين بعض الآباء وأطفالهم . فقد يكافأ الطفل لأنه يلجأ إلى العدوان . والمكافأة هنا هي الرضا الذي يحققه بإلحاق الأذى أو الضرر بالآخرين أو التعبير عن الغضب . ولكن عندما يتسبب العدوان في أن يعاقب الطفل فإنه يشعر بالإحباط الذي يدفعهنحو مزيد منالعدوان . كما تشير الدراسات إلىوجود ميل نحوالعقاب الشديد للعدوانالموجّه نحو الوالدين ، ونفس هذا العامل هو الذي يدفع الآباء إلى قمع السلوك العدواني لدى أطفالهم .

وفي دراسة « ارون وبانتا ووالدر ولوليشت Eron, Banta, Walder, Laulicht » (١٩٦١) عن علاقة سلوك الوالدين وعدوان الأطفال في المدرسة – تبين منها أن الأولاد العدوانيين يكونون عادة لآباء يعاقبون العدوان بشدة وخاصة في المنزل ، ولم توجد علاقة ذات دلالة بين السلوك العدواني في المدرسة وبين عقاب الأم للسلوك العدواني في المنزل مما يشير إلى أن الآباء هم أهم مصدر للإحباط في المنزل أكثر من الأم وخاصة في حالة الأولاد الذكور . وبالإضافة إلى تأثير العقاب القاسي للعدوان – فهناك نتيجة مهمة أخرى وهي أن العقاب المتقلب يميل إلى إحداث تأثيرات مثبطة . بمعنى أن العقاب لا يقلل العدوان لدى الأطفال الذين يتميز آباؤهم بسلوك متقلب حيث يعاقب العدوان في بعض الأحيان ويكافأ في أحيان أخرى ويهمل في البعض الآخر .

نفس الأمر في حالة الأساليب المانعة الأوتوقراطية المسببة للإحباط . فالطفل الصغير يعتمد على والديه كلية ، وعندما يهمله أحد الوالدين أو كلاهما فإنـــه يشعر بالإحباط ، ويظهر السلوك

العدائي العدواني . ويؤكد ذلك ما ظهر من نتائج بحوث « باندورا ووالترز Bandura and Walters (١٩٥٩) من أن نشأة السلوك العدواني ترجع إلى اضطراب في العلاقة الاعتمادية للطفل على الوالدين ، وأن ٩٥٪ من الأولاد العدوانيين ينتمون إلى منازل أحد الوالدين فيها نابذ للطفل وجدانياً .

ويؤكد« دولارد Dollard »(١٩٣٩) وزملاؤه أنالإحباط يؤثردائماً علىالعدوان – ورغم أن الأمر يتوقف إلى حد كبير على التعلم السابق للفرد – فإن كثيراً من ردود الفعل الأخرى غير العدوان يمكن أن تظهر كاستجابة للإحباط . فقد لاحـــظ « دولارد » وزملاؤه أنالإحباط يعمل كدافع ذى خصائص غير سارة يؤدي إلى تحرك الفرد نحو خفض مستوى الإحباط ،ولذلك فأي سلوك يؤدي إلى الهرب من الإحباط أي يقلل دافع الإحباط فإنه يدعم .

أن الأفراد في الأعمار المختلفة يستجيبون ولكن بدرجات متنوعة ومختلفة للإحباط . وعلى سبيل المثال . قد يكونون سلبيين أو ينسحبون من الموقف أو ينكصون (أي يعودون إلى أنواع من السلوك غير الناضج) ، وقد يثابرون ويعملون بجد واجتهاد ، أو قد يتواكلون ويستنجدون بالناس . وقد يصرون على أنواع من السلوك غير التوافقي ، وقد يستبعدون العدوان أو يرفضون العمل أو يتحطمون .

ويعتقد « دولار وزملاؤه » أنه طبقاً لخبرته السابقة – قد يستجيب الفرد بأي طريقة من الطرق السابقة – وأن أي سلوك ينجح في خفض الإحباط – هو السلوك الذي يظهر عندما يقع الفرد ثانية في موقف إحباطي . وعندما تفشل استجابة ما في خفض الإحباط فإنها تضعف مما يؤدي إلى ظهور الاستجابة التالية المحتملة الأقوى في التنظيم الاستجابي . ولنفرض أن لدى الطفل ثلاث استجابات كامنة لمواجهة الإحباط هي :

١ – الاستجابة « أ » (وهي الأقوى) أن يكون مؤدباً وخيراً .

٢ – الاستجابة « ب » أن يطلب مساعدة الكبار له .

٣ – الاستجابة « ج » (وهي الأضعف) أن يغضب ويعنف الآخرين بغلظة .

ففي حالة تكرار الموقف الإحباطيفإن الاستجابات التي ستظهر أولاً هي أن يكون مؤدباً وخيراً . أما إذا لم تنجح هذه الاستجابات في التخلص من الإحباط فإن هذا النمط الاستجابي سيضعف ويبدأ السلوك الذي يعتمد على عون ومساعدة الآخرين له في الظهور . وبالتالي إذا لم ينجح السلوك الأخير في خفض الإحباط – فإن الاستجابة الأخيرة (العدوان) هي التي تظهر – وإذا ما نجحت سيصيبها التعزيز والتدعيم فتقوى .

وقد أكد « أوتيس وماكاندليس Otis & McCandless » (١٩٥٥) هذه الظاهرة تجريبياً . فقد وضعا أطفالا في ما قبل المدرسة في موقف تعرضوا فيه للإحباط ، وتبين من هذا الموقف أن الاستجابات غير العدوانية التي لا تعزز تضعف وتقوى الاستجابات العدوانية التي تعزز بحيث يمكن القول أن الإحباط يولد العدوان الذي يظهر بعد ذلك بصورة علنية صريحة عندما يصبح الميل ضعيفاً نحو إظهار أنماط أخرى من السلوك .

ويعتقد « روزنزفيج Rosenzweig » (١٩٤٤) في نظريته عن الاحباط أن هناك على الأقل ثلاثة أنماط استجابية للإحباط هي :

١ – العدوان على الآخرين extrapunitive ويظهر فجأة عند رؤية الأشكال أو الناس في العالم الخارجي عن الفرد .

٢ – الحل البناء لموقف الإحباط impunitive استبعاد الجانب الانفعالي من الموقف (السلوك دون خوف من العقاب – بل إنكار الإحباط نفسه – أو الإصرار في هدوء على حل المشكلة بطريقة بناءة) .

٣ – العدوان على الذات intrapunitive الذي يلوم نفسه . ويصنف « روزنزفيج » استجابات الإحباط على أنها نوع من اصرار الحاجة (أي بقاء الحاجة – واستمرار الفرد في المحاولة حتى تشبع) – أو دفاع عن الأنا (فالفرد واقع تحت تهديد ويتخذ من الخطوات ليحفظ ماء الوجه رغم أنه يقوم بذلك بشكل بنائي) .

ويعود « روزنزفيج » ثانية فيصنف الإحباط إلى :

أ – إحباط أولي : حيث يوجد الفرد في موقف يشعر فيه بالحرمان لأن الموضوع الذي تهدف الحاجة النشطة إلى تحقيقه غير ممكن الوصول إليه . (مثال ذلك : غياب الطعام عندما يكون الفرد جائعاً) .

ب – إحباط ثانوي : حيث توجد عقبة تمنع من الاقتراب من موضوع الهدف ، وهذه العقبات ذات أنواع متعددة :

١ – سلبية : مثل الأبواب المغلقة ، أو حالة عدم الرضا .

٢ – نشطة وحيوية : كاللص الذي يقطع الطريق ويهدد الناس .

٣ – خارجية (عن الفرد) .

٤ – داخلية (كما في حالة وجود صراع داخلي) .

ومن الواضح أن الإحباط لا يؤدي بالضرورة إلى العدوان . فالأمر يتوقف على طبيعة الإحباط ، فقد يؤدي إلى قمع السلوك العدواني خاصة إذا نظر الطفل إلى الإحباط على أنه عقاب للعدوان « ماريون وكاهن وبيكر » (١٩٦٧) وقد يؤدي الإحباط إلى تعميق الشعور العدائي ولكن قد لا يتحول ذلك الشعور في الحال إلى فعل . وعلى أية حال فسواء نشأ الإحباط من نبذ الطفل وحاجته للحب والرعاية – أو من الجو الأسرى الذي تسود فيه عملية القمع – فإن تأثيره على نمو شخصية الطفل تأثير ضار .

الأسباب الشائعة للسلوك العدواني في الطفولة

- الإحباط الذى يدفع الطفل نحو مهاجمة الشخص أو الموضوع الذى يعترض طريقة .
- إظهار الغضب عند ما لا يتمكن الطفل من التعبير المباشر عن غضبه من الشخص أو الموضوع الذى يضايقه .
- نبذ الآباء .
- الرغبة في جذب الإنتباه .
- رغبة الطفل في استعراض تفوقه .
- الحاجة لحماية الذات عند ما يشعر الطفل بعدم الأمن أو عند ما يكون في حالة دفاع .
- الغيرة .
- التوحد مع بالغ أو أخ أكبر عدواني .
- التوحد مع الخصائص العدوانية التى تقدمها أجهزة الاعلام .
- العقاب البدني للسلوك يثير الرغبة في العنف .
- إتجاهات الآباء أو الكبار الآخرين التى تتصف بالتسامح مع العدوان .
- التوترات الإنفعالية الناتجه عن الضغوط الأسرية والتى لا تتضمن الطفل .

الوالدان كنماذج للعدوان

يعمل الأب كنموذج للطفل الذي يتبنى قيم والده ويقلد سلوكه بصرف النظر عما إذا كان هذا السلوك هو السلوك المتوقع أو الذي يكافأ . وعموماً فإن الكبار يعدون نماذج لأطفالهم . ومنطقياً أن يكون الطفل أكثر عدوانا كلما كان الأب أكثر عدواناً . ويؤيد الفكرة « باندورا وروس وروس Bandaras, Ross, Ross, » (١٩٦١) حيث تبين من دراستهم أن أطفال ما قبل المدرسة يقلدون أو يكررون سلوك قيادتهم كنماذج لهم . كما كشف الأطفال عن قدر كبير من السلوك العدواني عندما كان النموذج يبدي قدراً كبيراً من السلوك العدواني . وتبين أيضاً من هذه الدراسة أن فشل الأطفال في مواقف التنافس يؤدي بهم إلى زيادة ميلهم إلى تقليد السلوك العدواني الذي يبديه النموذج . وربما يؤيد هذا الكلام القول بارتباط الإحباط بالنموذج والذي يكثر وجوده في بيئة الطفل .

ويبدو الأولاد أكثر عدواناً من البنات عندما يتعرضون لنموذج ذكري عدواني . ففي نمو السلوك العدواني يلعب الأب دوراً خاصاً ومهما – على أساس أنه يمثل أكثر مصادر الإحباط أهمية عن الأم . فقد وجد « أرون Eron » (١٩٦١) ارتباطاً إيجابياً دالاً قدره ٣٣ر٠ بين تقديرات عدوان الأب وعدوان الطفل في المنزل . وفي دراسة أخرى حصل آباء الأولاد المنحرفين العدوانيين على درجات مرتفعة على مقياس العدوان أكثر من آباء الأطفال غير العدوانيين .

ويكون الأطفال أكثر عدوانية إذا ما كان تطابق الطفل وثيقاً مع أب أكثر عدوانياً ، وهذا صحيح في حالة الأولاد الذين يوقع عليهم العقاب عن طريق الأب . كما يكون الأطفال أقل إظهاراً للسلوك العدواني في حالة غياب النموذج الذكري العدواني . ووجد أيضاً عدوان أكثر بين أطفال الطبقة الدنيا عن أطفال الطبقة المتوسطة – لأن الذكور في الطبقة الدنيا الذين يقومون بدور النموذج بالنسبة للطفل أكثر عدواناً على الأقل في حالة السلوك العضلي العلني الذي يبدو مهما في الكشف عن العدوان .

ورغم القول بأن الآباء يعملون كنماذج إلا أن الطفل قد يقلد آخرين في بيئته . فالأشقاء والأقران وغيرهم من البالغين قد يعملون كنماذج للطفل . فهناك دراسات كثيرة تبين أن التعرض لسلوك عدواني من طفل آخر يؤثر تأثيراً كبيراً في الكشف عن السلوك العدواني المقلد . وأنه كلما تعرض الطفل أكثر لسلوك عدواني من الآخرين كلما كان أميل لإظهار نفس هذا السلوك .

وهناك عدد من الدراسات التي أجريت حول تأثير التليفزيون على السلوك العدواني لدى الأطفال . فمن المعروف أن هذه الوسيلة الإعلامية الترفيهية تقدم في كثير من برامجها كمية كبيرة

من العنف سواء كانت هذه البرامج مقدمة للكبار أو للأطفال . ففي دراسة قام بها « ليبرت وبارون Liebert & Barron » (١٩٧٢) على مجموعتين من الأطفال تتراوح أعمارهم
شهر سنة شهر سنة
بين ٦ر٥ – ٩ر٨ حيث عرض عليهم تليفزيونياً بعض القصص التي تتضمن مشاهد مليئة بالعنف وبعض المشاهد الأخرى الخالية منه . ثم أتيح للأطفال فرصة العدوان على زميل لهم . كشفت نتيجة الدراسة عن أن الأطفال الذين عرضت عليهم برامج مملوءة بالعدوان قضوا فترة أطول في الهجوم على نماذج لأطفال اتخذت كضحية لهم – وذلك أكثر مما حدث في حالة الأطفال الذين عرضت عليهم برامج خالية من العنف والعدوان . هذا يعني أن الأطفال على استعداد للاندماج في نوع من التفاعل العدواني مع الآخرين كنتيجة لمشاهدة برامج العنف التليفزيونية . وزيادة على ذلك يذكر « توماس ودرابمان Thomas & Drabman » (١٩٧٤) أن هناك خوفا من أن يؤدي استمرار مشاهدة العدوان في التليفزيون لأن يعتقد الأطفال أن الشجار والصراع والعنف أنواع عادية من السلوك ويتقبلونها بصورتها التي يشاهدونها .

وهنا يجب أن نشير إلى أمرين :

١ – هناك فروق فردية في تعرض الأطفال لتأثير التليفزيون . فهناك البعض الذي يتأثر أكثر من الآخرين .

٢ – ما هي الآثار التراكمية بعيدة المدى لمشاهدة العنف في التليفزيون ؟ فليس هناك ما يشير إلى أن أطفال الماضي كانوا أقل عنفاً من أطفال اليوم الذين يشاهدون التليفزيون – عدا أن من يولدون اليوم سيصبحون عندما يبلغون الثامنة عشرة وقد أمضوا أكثر حياتهم يشاهدون التليفزيون أكثر من أي نشاط آخر يقومون به خلاف النوم .

التسامح مع العدوان

يقوم هذا المفهوم على أساس احتمال حدوث العدوان كلما سمح به . فقد لوحظ تزايد العدوان من مرحلة لأخرى في المواقف التي سمح فيها بالعدوان . ففي الجو الذي يشيع فيه التسامح فإن الخوف من عقاب العدوان يكاد يختفي كما تقل الموانع التي تعوق ظهور العدوان فالطفل يدرك اتجاهات الكبار – من حيث التقبل وعدم اللوم أو الغضب – على أنها سماح له بإظهار العدوان.
وهناك تفسير آخر يبدو معقولا . فكمية العدوان المتزايد من فترة لأخرى والتي يكشف عنها

الأولاد في سن ٧ – ١٠ من العمر في مواقف اللعب الحر التي يسودها التسامح مع العدوان لوحظت في حالتين :

أ – في وجود بالغ متسامح .

ب – في غياب أي من البالغين (سيجل وكوهن Siegel & Kohn ١٩٥٩) .

وفي الحالة الأولى – لوحظت زيادة العدوان أثناء اللعب بالدمي من فترة لأخرى .

وفي الحالة الثانية – كان هناك انخفاض في السلوك العدواني من الفترة الأولى إلى الفترة الثانية، ففي حالة وجود البالغ يميل الطفل إلى تحويل وظائف معينة للأنا إلى هذا البالغ مثل : ضبط السلوك غير المقبول أو السلوك الذي يتبعه عقاب . أما في حالة غياب البالغ فإن على الطفل أن يقوم بنفسه بضبط لسلوكه ، أي أنه في حالة وجود البالغ المتسامح فإن الطفل يتخلى عن الضبط الذاتي للسلوك العدواني ويتوقع عملية الضبط أن يأتي من البالغ – أي يتحرر الطفل كلية من الضوابط الداخلية للعدوان . ومادام البالغ يتسامح (أي مادامت الأنا تتسامح مع العدوان) فلا خوف من العقاب ، وبذلك يكشف الطفل عن كثير من الوان السلوك العدواني . لكن في حالة غياب البالغين فـإن الأنا تقوم بدورها في ضبط مظاهر السلوك العدواني – أي أن الضبط الذاتي يلعب دوراً في تقليل العدوان .

وتشير دراسة « بالدوين Baldwin » (١٩٥٨) إلى تأثير الأسلوب الديمقراطي في المنزل على رفع مستوى نشاط الطفل . فهناك صلة بين المستوى العالي من النشاط والعدوانية – الأمر الذي يساعدنا على تفسير العدوان الزائد الذي يلاحظ في الأطفال الذين ينتمون لبيوت تتسم بالديمقراطية أو التسامح . فالآباء الديمقراطيون في معاملة الطفل يميلون إلى التسامح مع كل سلوك الطفل ، ويتضمن ذلك الشجار وكثرة الحركة والعدوان . وهناك علاقة ولكنها بسيطة بين السلوك العدواني الذي يكشف عنه الطفل وبين تسامح الأم مع العدوان . ويذكر « سيرز Sears » أن تسامح الأم مع العدوان يعطي مؤشرات للطفل بأن السلوك العدواني أمر مقبول منه وأنه ليس من الأمور التي يعاقب عليها ، كما أنه أمر تتوقعه الأم من الطفل . ورغم أن « لين Lynn » (١٩٦١) لم يكتشف تلك العلاقة السابقة بين التسامح من قبل الأم والسلوك العدواني الذي يبديه الأطفال – إلا أنه لاحظ وجود علاقة بين درجات مقياس الانبساط وكل من الميل لأن تكون متسامحة والسلوك العدواني للطفل في المدرسة . وافترض « لين » وجود عامل وراثي مسؤول عن هذه العلاقة مادامت الدراسات الأخرى قد وجدت أيضاً علاقة بين الانبساط والعدوان .

وعموماً فإن الأمر فيما يختص بعلاقة العدوان نحو التسامح الذي يسود المنزل لم تصبح بعد علاقة قاطعة . فما قدمناه من مفاهيم وأفكار لا توضح لنا البداية الحقيقية للسلوك العدواني .

ويحتمل أن تكون عدم رغبة الآباء في عقاب الأنواع المختلفة من سلوك الطفل مشجعاً لهذه الأنواع من السلوك عندما تؤدي ممارستها إلى مكافأة الطفل . وفيما يختص بالعدوان – فإنه يحدث خفض للإحباط بضرب شخص آخر تدخل أو قاطع نشاطه . فإذا سمح الآباء بمثل هذا السلوك تدعم ميل هذا السلوك العدواني لأن يتكرر في مواقف مشابهة .

الفروق الجنسية في العدوان

يلاحظ أن الأولاد أكثر عدواناً من البنات منذ فترة مبكرة من الحياة ، كما يمكن ملاحظة هذه الفروق بين الجنسين في العديد من المواقف المتنوعة . وإلى جانب ذلك فإن الأطفال أنفسهم يدركون أن الأولاد الذكور أكثر عدواناً من الجنس الآخر . ففي دراسات عن سنوات الطفولة المتوسطة (٦ – ٨) قام بها « ويندر وران Winder & Ran » (١٩٦٢) وعن سنوات المراهقة قام بها « ارون Eron » (١٩٦١) ظهر أن الأقران يشيرون دائماً إلى الذكور كعدوانيين أكثر من البنات . وربما كان مصدر هذا العدوان الذكرى الزائد هـو البيئة والعوامل البيولوجية .

فتطابق الولد مع الأب يمثل ارتباطاً بينه وبين نموذج يتصف نسبياً بالعدوان الذي يتفق مع الدور الذي يقوم به كأب . ومن جهة أخرى فمن التوقعات الثقافية في مجتمعنا أن يمارس الأولاد العدوان أكثر من البنات . وفي الواقع يكثر التسامح مع عدوان الولد وأحياناً يشجع عليه – الأمر الذي يدعم العدوان لدى الذكور . إلى جانب ذلك فقد تبين من كثير من الدراسات أن الأمهات أقل تسامحاً مع عدوان بناتهن عن أبنائهن . فعنـدما تتبع « سيرز Sears » سنة (١٩٦١) مجموعة من الأطفال في عمر ١٢ سنة لمدة خمس سنوات وجد أن الأطفال الذكور أعلى في تقديراتهم من حيث العدوان اللااجتماعي بينما كانت البنات أعلى في مستوى القلق عن العدوان . ومن الواضح أن عدم التسامح مع السلوك العدواني لدى البنات رفع مستوى القلق لديهن

وفي دراسة تتبعية قام بها « كاجان وموس Kagan and Moss » (١٩٦٠) لمجموعة من الأطفال في سن الطفولة المبكرة وحتى البلوغ تبين لهما وجود درجة عالية من ثبات السلوك العدواني لدى البنين أكثر من البنات . وارجعا ذلك إلى أن العدوان مسموح به بالنسبة للذكور خلال مراحل النمو ولكن لا يحدث ذلك في حالة البنات ، لأن العدوان لا يتفق مع النمط السلوكي الأنثوي في ثقافتنا .

وهناك دراسات أخرى تبين أن البنات أقل ميلاً من الذكور في ممارسة السلوك العدواني في

وجود البالغين . وقد يساعد الفرض الخاص بعلاقة الإحباط بالعدوان في فهم الفروق الجنسية في العدوان . فالمستوى العالي من النشاط لدى الأولاد قد يجرهم إلى كثير من المواقف المحيطة .

أما مستوى النشاط – من الناحية البيولوجية – فيعتمد على الجهاز العصبي . ويتميز الذكور بقابلية أكبر للاستثارة . فالفروق الجنسية في طول العمر وفي الإصابة بأمراض معينة تجعلنا نعتقد أن الذكور قد يكونون أكثر عرضة من الناحية البيولوجية للضغوط البيئية . فالتفاعل المعقد بين القوى البيولوجية والقوى البيئية قد يساعد على وجود فروق بين الجنسين في العدوان ، كما يساعد على وجود فروق فردية في السلوك عامة بما في ذلك السلوك العدواني .

العدوان وشعبية الطفل

إن مشاعر العداء القائمة في العدوان لا تؤدي إلى تحسن في العلاقات الاجتماعية الايجابية . فالعدوان يؤدي إلى عدوان مضاد . وليس من المستغرب أن تكون العلاقة سلبية بين العدوان وشعبية الطفل خلال مرحلتي الطفولة وأوائل المراهقة . لقد توصل « ليسر Lesser » (١٩٥٩) من دراسة له على تلاميذ الصف الخامس والسادس إلى خمسة فئات من النشاط العدواني هي :

١ – العدوان البدني الحاد – ويتضمن الاعتداء أو الأذى الجسمي الحاد على موضوع العدوان provoked physical aggression

٢ – العدوان المفاجىء outburst aggression انفجار نوبة من الغضب غير المحكوم .

٣ – العدوان البدني غير الحاد – الاعتداء أو الأذى الجسمي غير الحاد على موضوع العدوان . unprovoked physical aggression

٤ – العدوان اللفظي – Verbal aggression الهجوم أو التحطيم باستخدام الألفاظ .

٥ – العدوان غير المباشر indirect aggression الهجوم أو الأذى من خلال شخص أو موضوع آخر .

كان الارتباط ايجابياً – كما ظهر من دراسة « ليسر » – بين الشعبية وبين العدوان البدني الحاد ، أما الارتباط بين الأنواع الأربعة الأخرى من العدوان وبين الشعبية فكان سلبياً . وقد

لوحظ أن أكثر أنواع العدوان غير المرغوبة من أفراد العينة هي العدوان غير المباشر واللفظي والبدني غير الحاد والعدوان المفاجيء بنفس الترتيب .

كما تبين من الدراسة أن كثرة السلوك العدواني تتضمن وجود سوء تكيف أساسي وقد لا يكون الطفل قد تعلم طرقاً أفضل للاستجابة للقوى البيئية – أو أن حاجته للعدوان قوية بحيث لا يستطيع أن يستجيب إلا بهذا الأسلوب . وسواء كان الأمر هـذا أو ذلك فإنه لا يعد في صالح الطفل بين أقرانه .

تعلم العدوان

يبدو العدوان من الأمور الشائعة بين الأطفال كما يذكر « سيرزوماكوبي وليفين » (١٩٥٧) . إن الطفل العدواني هو طفل غاضب ، وأن الطفل الغاضب طفل غير سعيد . ومثل هذا الطفل أميل لأن ينتقم من أولئك الذين أثاروا غضبه ، ويؤدي ذلك بالتالي إلى أن يصبح أكثر غضباً وأكثر عدواناً . وقد ظهر بين الآباء في السنين الأخيرة – خاصة الآباء الذين ينتمون للطبقة المتوسطة – اعتقاد بأن قمع الطفل من الأمور التي تسيء إليه ، وأن قمع العدوان ومشاعر الكراهية ستؤدي بالطفل إلى زيادة غضبه وكراهيته ، ويأتي وقت يصبح فيه هذا الطفل عصابياً أو يحول غضبه الشديد إلى آخرين وإلى ضحايا بريئة . ويقولون: أن من الأفضل للطفل أن يعبر عن العدوان تجاه الوالدين – فعادة ما يكون الآباء مصدر الاحباط ومصدر غضب الطفل بالتالي ، وأنه من الأفضل للطفل و أسلم صحياً أن يوجه عدوانه بصورة مباشرة ضد مصدر الإحباط مما يؤدي إلى خفض مستوى الغضب بالتالي .

وهناك سببان على الأقل يبرران الكلام السابق :

الأول : أن فرصة التعبير عن العدوان المباشر البدائي قليلة في الحياة المتحضرة التعاونية و ذلك إذا نظرنا إلى العدوان على أنه هجوم بدني أو لفظي . وهناك عدوان لفظي معين يثير الاستياء مثل الإشاعة المشينة والألفاظ الخادشة للحياء أو الجارحة والتي يكثر استخدامها أكثر من الهجوم البدني أو الاستخدام المباشر للألفاظ السيئة ، وحتى هذه الإشاعات المشينة والألفاظ الجارحـة التي تغلف العدوان – جميعها تؤدي إلى تعقيدات في العلاقات الإنسانية ولا تسهل التفاعل الاجتماعي .

ثانياً : تذكر نظرية التعلم بأن التعبير عن العدوان وما يصاحبه من عوامل مؤقتة ترفع من حدة التوتر أو تؤدي إلى الارتياح إنما تقوى من الميل إلى العدوان . فهناك دراسات تشير إلى أن السلوك العدواني يخفف من الميول العدوانية .

وقد وجد « سميث وكولمان Smith & Coleman » (١٩٥٦) أن الأطفال وصغار البالغين الذين يتميزون بأفكار عدوانية خيالية وجافة أنهم أكثر صراحة في عدوانهم عن أولئك الذين يتميزون بأن عدوانهم مرتبط بخوفهم من خطورة نتائج عدوانهم أكثر من ارتباطه بالعدوان نفسه . أو بمعنى آخر – قد تثير الأفكار العدوانيه السلوك العدواني أكثر من إضعافها للدافع إلى السلوك العدواني .

ويرى الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والأطباء النفسيون وكذلك ما يلاحظ من خبرات اجتماعية أن ضبط أو إخفاء الكراهية بحيث لا يمكن التعرف عليها ، أو تصريفها بطريقة بناءة تعد مؤلمة ومدمرة للشخص . فالتعرف على هذه المشاعر بطريقة أمينة وتقبلها هو أهم عامل في حسن التكيف . فالناس العاديون يغضبون من فترة لأخرى – ولكن الشخص الذي يتميز بحسن التكيف يكون عادة قادراً على معرفة وتقبل غضبه ، ويتحكم بدرجة كافية في دوافعه ، ولديه درجة طيبة من المرونة تمكنه من تحويل غضبه إلى نواح بناءة غير مدمرة . ويكافىء المجتمع ويشجع ويسمح باستنكار العدوان فيحالات المنافسة والطموح ومناصرة حقوق الغير ، أو أن يكون الفرد ناقماً على الإصلاح الاجتماعي . وتشير الملاحظات الاجتماعية إلى أن عدوان الأطفال لا يمكن اخماده بدرجة آمنة . ومن جهـــة أخرىفإن التعبيرالأعمى عن العدوان من خلال العنف البدني والتوبيخ اللفظي يعد ذا تأثير اجتماعي مدمر . ومع ذلك فإن العدوان بطريقة ما يساعد على بناء المجتمع وبطريقة أخرى يعمل على تدميره . لذلك وللأسباب السابقة جميعاً – فمن الأهمية أن نعمل على معرفة الوسائل التي يمكن بها جعل العدوان ذى أثر بناء اجتماعى .

تأثير التدريب على العدوان

قام « آبل Appel » (١٩٤٢) (بتحليل ٦٤١ حدثاً عدوانياً لـ ٢٥٢ طفلاً في مدارس الحضانة – وكانت الملكية أكثر أهداف العدوان تكراراً رغم أنه في كثير من الحالات لم تكن هناك إثارة أو تحريض للعدوان . كما كان استمرار العدوان أكبر لدى الأطفال الأكبر سناً عن الأصغر سناً . كما تبين أيضاً أن أكثر العوامل تأثيراً على وقف الأحداث العدوانية كان نوع المدرس الذي أنهى العدوان في حوالي ٩٣ ٪ من الحالات . كما كان فصل التلاميذ عن بعضهم البعض أقل فعالية في وقف العدوان ، كما كانت القرارات الصارمة من جهة مدرسة الحضانة أيضاً أقل فعالية . أما شرح رغبات ومشاعر طفل ما إلى طفل آخر فكان لها تأثير فعال على وقف العدوان (إذا ما وضعنا عمر الطفل في الاعتبار الذي تراوح بين ٢ – ٤ سنوات) كما أن شرح حقوق

الملكية واقتراح الحلول ساعد في حل ثلثي الصراعات ، أما العوامل التي كانت أقل فعالية فكانت :

١ – عدم تقبل الطفل .

٢ – الحديث معه عن الأخلاق .

٣ – إهمال الطفل .

٤ – جعل الطفل محوراً لتهكم زملائه عليه .

٥ – تشجيع الأطفال الآخرين على النفور من الطفل .

٦ – أن يكون البالغ غير متأكد من نفسه أو مما يقوم به من عمل مما يؤدي إلى فشله في وقف الصراعات بين الأطفال .

وبعد أن درس « آبل » الأطفال دراسة فردية – إعتقد أن عدوانهم قد يرجع في قليل أو كثير منه إلى التهذيب الذي يتم في المنزل ، أو من الغيرة من الأخوة أو الأخوات ، أو من المعايير الوالدية المبالغ فيها . أو من التوترات المنزلية .

وتذكر « بولين سيرز Pauline Sears » (١٩٥١) عندما درست بعض الظروف المصاحبة للنزوات العدوانية في الأطفال فيما بين سن ٣ – ٥ من العمر – أن الأولاد يتميزون بالعدوان البدني العنيف المتكرر أكثر من البنات ، ولكن البنات أظهرت مزيداً من العدوان في صورة تحقير وأذى بحيث يكون الضرر عقلياً أكثر من كونه بدنياً . وكان الأولاد أكثر عداء للأب أكثر من البنات أما الأطفال الأكبر سناً في الأسرة فقد أظهروا نزعات عدوانية أقل مما أظهره الأطفال الأصغر في الأسرة – ربما لأنهم أكثر عرضة لضغوط الآباء ضد القسوة على الأصغر سناً . أما نمط النزعات العدوانية المميزة للأولاد الذين تغيب آباؤهم عن المنزل لفترات طويلة فكانت مشابهة لتلك المميزة للبنات ، فقد تميز جميعهن بعدوان أقل عما تميز به الأولاد الذين تواجد آباؤهم باستمرار في المنزل . وهذه النتيجة لم تلاحظ بالنسبة للبنات اللذين انفصل أباؤهن عن الأسرة .

وهناك دراسة قام بها « سيرز ، ماكوبي ، ليفين » (١٩٥٧) عن نمط تربية الطفل الذي يؤدي إلى زيادة العدوان – حيث كان الآباء يتميزون بالآتي :

– عدم تقبلهم للعدوان – وعقابه عندما يحدث بالعدوان البدني على الطفل أو تهديده، هذا

الهجوم المضاد من قبل الآباء – رغم ما يبدو أنه فعال في لحظة حدوثه – إلا أنه يولد زيادة في العدوان من قبل الطفل ، والذي يصل إلى ذروته في النهاية . ويذكر « سيرز وماكوبي وليفين » أن الأب الذي يستخدم العقاب البدني إنما يقدم للطفل نموذجاً من العدوان والسلوك الهدام الذي يتبناه الطفل إن آجلاً أو عاجلاً . لكن الأطفال المتطرفين في عدوانهم قد قدموا من بيوت حيث الأم متسامحة جداً مع ثورات الطفل ، سواء كانت موجهة أو غير موجهة لها . وعندما تكون الأمهات متسامحة وأيضاً تعاقب بدنياً ، كان الأطفال أكثر ميلاً لأن يكونوا أكثر عدواناً .

أما الأطفال الاقل عدواناً فكانوا من بيوت حيث العدوان غير مقبول من الطفل ويوقف فوراً ، لكن تستخدم في انهائه أساليب غير العقاب البدني .

أما دراسة « ويتنج وتشايلد » (١٩٥٣) فتشير إلى أنه كلما كثر السماح للطفل بأن يحقق إشباعاً من العدوان كلما قل ميل المجتمع لأن يفسر المرض على أنه وظيفة للسلوك العدواني ، ولكن كلما ازدادت قسوة القلق المرتبط بالعدوان أثناء عملية التطبيع الاجتماعي كلما كان المجتمع أميل لأن يفسر المرض على أنه وظيفة للعدوان . بمعنى أنه كلما قل التساهل وازداد القلق المرتبط بالسلوك العدواني أثناء عملية التطبيع الاجتماعي كلما أظهر الناس خوفاً عاماً من بعضهم البعض .

سأل « ناكامورا Nakamura » (١٩٥٩) ٧٨ من النساء اللاتي كن يدرسن برنامجاً في التكيف النفسي – أن يكتبن بعض المذكرات عن تاريخ حياتهن موضحات إذا ما كان التهذيب الذي خضعن له وهن أطفال إيجابياً أم سلبياً . وقد أعتبر التهذيب إيجابياً إذا ما ذكر الأفراد أنهن قد يستخدمن نفس أسلوب التهذيب مع أطفالهن ، وأعتبر سلبياً إذا قلن أنهن ينبذن أساليب آبائهن في العقاب البدني أو الضرر النفسي وقلن أنهن لن يستخدمنها مع أطفالهن . ويفترض « ناكامورا » أن الآباء الذين يبالغون في حماية الطفل يؤثرون بقوتهم على بناتهم بحيث تصبح البنات نسبياً أقل قدرة على التعبير عن العدوان أو النقد المباشر الموجه نحو بناتهن – وبدلاً من ذلك يحولنه إلى الناس الآخرين . كما يذكر أن البنات اللاتي خضعن لتهذيب من النوع الإيجابي يوجهه نقدمباشر أقل لآبائهن عما تفعله البنات ذوات التهذيب السلبي . وقد أيدت دراسته التحليلية لمذكرات السيدات هذه الفروض .

كما بينت دراسات اللعب الخيالي عند الأطفال أن الفترة الثانية من اللعب الخيالي في وجود بالغ متسامح كشفت عن تزايد العدوان في الفترة الثانية عن الفترة الأولى . وقد أرجعت هذه الزيادة في كمية العدوان إلى زيادة شعور الطفل بالحرية في أن يفعل ما يشاء .

ويعتقد « سيجل وكوهن » (١٩٥٩) أن العوامل المحددة لعدوان الأطفال في أي موقف هي

تفاعل بين مجموعة من العوامل منها :

١ – حاجة الطفل لأن يكون عدوانياً .

٢ – تقييم الطفل للعدوان .

٣ – اتجاه الطفل نحو العدوان .

٤ – اتجاهات الناس الآخرين نحو العدوان في هذه المواقف .

٥ – القيم المرتبطة بهذا الموقف .

٦ – تقدير الطفل لاحتمالات العدوان المضاد من الآخرين (وخاصة البالغين) .

ومن المعلوم أن ثقافتنا لا تشجع العدوان العلني ولا تقبله . ولهذا السبب يدرك الطفل تسامح البالغ نحو العدوان على أنه تشجيع على العدوان .

ولاختبار مدى صحة الحقائق السابقة أخذ « سيجل وكوهن » مجموعتين من الأولاد عرّض نصفهم إلى فترتين من اللعب الخيالي في وجود بالغ صدوق ، وعرضت المجموعة الثانية إلى فترتين من اللعب الخيالي دون وجود أي بالغ .

وقد لوحظ انخفاض في كمية العدوان من الفترة الأولى إلى الثانية في حالة المجموعة التي لم يتواجد معها أي من البالغين . أما المجموعة الثانية التي لعبت في وجود بالغين فقد لوحظت زيادة في كمية العدوان بين ثلثي المجموعة من الفترة الأولى إلى الثانية .

وتتلخص النظرية التي تفسر هذه النتائج في الآتي :

تعود الأطفال أن يكون آباؤهم مسئولين عن سلوكهم إلى حد كبير ، وهذا الاتجاه نحو آبائهم يحدث أن يعمم على البالغين الآخرين . ويشعر الأطفال بالأمان في وجود بالغين متسامحين ، ولذا فإنه يمكنهم أن يزيدوا من لعبهم العدواني وهم يشعرون بأن الأمور إذا خرجت عن أيديهم فإن البالغ سيهتم بها . أما الأطفال الذين غاب عنهم البالغ فقد كان عليهم أن يتحملوا مسؤولية نتائج سلوكهم ، ولذا كان عليهم أن ينتقلوا من فترة لأخرى وهم تحت تأثير الضبط الذاتي المتزايد للعدوان .

ويمكن القول بأن كلاً من تسامح الوالدين أو عقابهما يشجع أو يعزز عدوان الأطفال ، وأن العدوان شائع بين الأطفال ، وأن وسائل التعقل والفهم للطفل هي أكثر الأمور فعالية في استبعاد السلوك العدواني ، وأنه من أجل الصحة النفسية الجيدة ومن أجل أن يعمل أفراده بانسجام – فإنه يجب التعامل أو مواجهة السلوك العدواني والمشاعر العدوانية بطريقة بنائية . بتحويلة إلى تلك النواحي المقبولة اجتماعياً مثل : الطموح – المنافسة – الابتكار .

مقترحات للتغلب على السلوك المشـــكل

١ – حاول التوصل إلى السبب الذي يجعل الطفل ميالاً إلى شكل من السلوك يعد مصدراً للمتاعب في عملية التكيف .

فكل سلوك إنما يحركه حاجة معينة ، قد تكون الحاجة إلى الطعام أو الدفء أو الراحة الجسمية أو قد تكون الحاجة إلى الحب والأمن والشعور بالأهمية الذاتية . فإذا كان الطفل يشبع حاجة معينة بسلوك يمكن أن يؤدي إلى سوء التكيف المستمر كلما كبر – هنا يجب أن نجد نماذج جديدة لهذه الحاجة من خلال سلوك يؤدي إلى تكيف أفضل .

٢ – ساعد الطفل لأن يصبح على وعي كامل بما يفعله وأن يدرك أنه سيكون أفضل لو اتبع سلوكاً آخر . فبعد فترة تحدث بعض أنواع السلوك بطريقة آلية بحيث لا يكون الطفل على وعي بما يفعله . وتؤدي عملية التذكير الرقيقة – لا عملية الزجر والنهر – إلى وضعه على الطريق الصحيح ويبدأ في مقارنة سلوكه بالمعايير القائمة ، ولا يحتاج بعد ذلك لمن يذكره بخطأ ما يفعله . ومن الخطأ أن تطلب من الطفل أن يفعل شيئاً ما دون أن نقدم له تبريراً لذلك . ومن المهم أيضاً أن نقدم له ذلك التبرير السليم خاصة عندما يطلب إليه القيام بأشياء صعبة . ويكون أهم عندما نطلب من الطفل الامتناع عن أداء أشياء يقوم بها أصدقاؤه .

٣ – شجع الطفل على أن يطلب أن يغير السلوك الذي تتحقق أنه سيعوقه عن النمو السليم . إن التعليم لا يتم دون جهد من المتعلم . فإذا لم تكن لدى الطفل رغبة في تغيير نمط سلوكه فلن يمكننا مساعدته . وعندما يفهم تماماً لماذا نطلب منه القيام بأشياء بطريقة معينة،ويوافقك على أن ذلك في مصلحته فإنه سيتعاون معك .

٤ – شجع الطفل أن يستبدل السلوك المشكل بسلوك مفيد له ، ولا تقف في وجه السلوك المشكل لأن ذلك سيعطيه الفرصة لأن يتكرروتزيد من صعوبة تغييره .

٥ – حاول أن تستبدل كل سلوك مؤذ له ومؤد إلى اضطرابه بسلوك يساعده على حسن التوافق ويساعد على إشباع نفس الحاجة التي كان السلوك الأول يقوم بإشباعها . إن كل سلوك يشبع حاجـة معينة في حياة الطفل ولا تتوقع إذاً من الطفـل أن يتخلى عن سلوك ما أشبع حاجة ما إن لم يكن السلوك الجديد سيشبع هذه الحاجة بدرجة أفضل . ومن السهل أن نخبر الطفل ألا يسلك سلوكاً معيناً – ولكن إيجاد السلوك المشبع البديل أمر أفضل . فالسلوك القديم يبدو للطفل أنه أكثر إشباعاً من البديل لأنه تعلمه بدرجة كافية بحيث أصبح يقوم به بقليل من الجهد .

٦ – إجعل السلوك الجديد أكثر جاذبية للطفل من القديم بربطه بالجزاء الحسن . إن مكافأة الطفل على جهوده – حتى ولو كانت إنجازاته أقل مما هو متوقع – يجعل الطفل تدريجياً يفكر في السلوك الجديد على أنه أكثر اشباعاً من القديم . ولو أمكن إثارة دافعية الطفل عن طريق المكافأة في محاولاته الأولى لتغيير سلوكه فإنه تدريجياً سيحقق درجة كافية من الإشباع عن طريق السلوك الجديد بحيث لا يحتاج بعد ذلك للمكافأة للقيام به بعد ذلك .

٧ – لا تترك فترات انقطاع طويلة خاصة لو كان السلوك قد تكرر عدة مرات كثيرة أدت إلى استقرار العادة . لأن كل فترة انقطاع تعني تعلماً للسلوك المراد التخلي عنه ، مما يجعل عملية التخلي عنه صعبة وغير مشجعة .

٨ – شجع الطفل على أن يكون نشطاً – فالأطفال الأكثر نشاطاً في اللعب يستهلكون كثيراً من الطاقة التي قد تتحول إلى سلوك غير مرغوب فيه . ومن الحيوي أن نعلم أن تقييد حركة الطفل ونشاطه قد يؤدي إلى مخارج سلوكية غير مرغوبة .

مراجع الفصل الثامن

— Apple, M.H. 'Aggressive behavior of nursery school children and adult procedures in dealing with such behavior.' J. exp. Educ., 1942, 11, 185–199.

— Bandura, A., & Walters, R.H. (1959). Adolescent aggression. New York : Ronald.

— Bandura, A., Ross, D., & Ross, S.A. 'Transmission of aggression through imitation of aggression models. J. Abnorm. Soc. Psychol., 1961, 63, 575–582.

— Berkowitz, L. (1952). Aggression : A social psychological analysis. New York : McGraw-Hill.

— Cohn, S. 'Children's observation and integration of aggression experiences.' Developmental Psychology, 1972, 6, 362.

— Diamond, S. (1957). Personality and temperament. New York : Harper.

— Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H., & Sons, R.R. Frustration and aggression. In Medinnus, G.R., Johnson, R.C. (1976). Child and adolescent psychology, 2ed, Ed., New York : John Wiley.

— Drabman, R., & Thomas, M. 'Does media violence increase children's toleration of real-life aggerssion ? Developmental Psychology, 1974, 10, 418–421.

— Eron, L.D., Banta, T.J., Walder, L.O., & Laulicht, J.H. 'Comparison of data obtained from mothers and fathers on

childrearing practices and their relation to child aggression'. Child Development, 1961, 32, 457–472.

— Hurlock, E.B. (1970). Child growth and development, 4th Ed., New York : McGraw-Hill.

— Kagan, J., & Moss, H.A. 'The stability of passive and dependent behavior from childhood through adulthood.' Child Development, 1960, 31, 577–591.

— Lesser, G.S. 'The relationship between various forms of aggression and popularity among lower-class children.' Journal of Educational Psychology, 1959, 50, 20–25.

— Liebert, R., & Baron, R. 'Some immediate effects of televised violence on children's behavior. Developmental Psychol., 1972, 6, 469–475.

— Lynn,R. 'Personality characteristics of the mothers of aggressive and nonaggressive children.' J. Genetic Psychol., 1961, 99, 159–164.

— Medinnus, G.R., & Johnson, R.C. (1976). Child and adolescent psychology, 2ed. Ed., New York : John Wiley.

— Nakamura, C.Y. 'The relationship between children's expres sions of hostility and models of discipline exercised by dominant overprotective parents.' In MaCandless, B.R. (1961). Children and adolescents : Behavior and development, New York : Holt, Rinehart and Winston.

— Otis, N.B., & McCandless, B.R. 'Responses to repeated frustrations of young children differentiated according to need area.' J. Abnorm. Soc. Psychol., 1955, 50, 349–353.

— Patterson, G., Littman, R., & Bricker, W. 'Assertive behavior in children : A step toward a theory of aggression.' Monographs of the society for Research in child Development, 1967, 32, No. 5.

— Perry, D., & Perry, L. 'Denial of suffering in the victim as a stimulus to violence in aggressive boys.' Child Development, 1974, 45, 55–62.

— Peterson, R. 'Aggression as a function of expected retailiation and aggression level of target and aggression.' Developmental Psychology, 1971, 5, 161–166.

— Rosenzweig, S. 'An outline of function theory'. In Hunt, J., (ed.) (1944). Personality and the behavior disorders, Vol. I, New York : The Ronald Press.

— Rule, B., Nesdale, A., & McAra, M. 'Children's reactions to information about the intentions underlying an aggressive act.' Child Development, 1974, 45, 794–798.

— Sears, P.S. 'Doll play aggression in normal young children : Influence of sex, age, sibling status, father's absence.' Psychological Monographs : General and Applied, 1951, 65, No. 6.

—Sears, R.R. 'Relation of early socialization experience to aggression in middle childhood. J. Abnorm. Soc. Psychol., 1961, 63, 466–492.

— Sears, R.R., Maccoby, E.E., & Levin, H. (1957). Patterns of child rearing . Evanston, Ill. : Row, Peterson.

— Siegel, A.A., & Kohn, L.G. 'Permissiveness, permission, and aggression : The effect of adult presecnce or absence on

aggression in children's play.' Child Development, 1959, 30, 131–141.

— Smith, J.R., and Coleman, J.C. 'The relationship between manifestations of hostility in projective tests and overt behavior.' J. proj. Tech., 1956, 20, 326–334.

— Walker, R.N. 'Body build and behavior in young children : I. Body build and nursery school teachers' ratings. Monographs of the Society for Research in child Development. 1962, 27, No. 3.

— Winder, C.L., & Rau, L. 'Parent attitudes associated with Social devience in predolescent boys. J. Abnorm. Soc. Psychol. 1962, 64, 418–424.



الفصل التاسع

التَأخُّر الدِّرَاسِي



التأخر الدراسي

مقدمـــــة :

يهتم علم نفس النمو بدراسة سلوك الطفل ونموه في كافة مظاهر النمو جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً... الخ بحيث يحقق مطالب نموه ويحقق ذاته فيستفيد ويفيد المجتمع والإنسانية . وكثرت الدراسات في علم نفس الطفولة لدرجة جعلت الطفل محوراً لاهتمام الأسرة والمدرسة والمجتمع .

وقد وجه علم النفس وعلم التربية اهتماماً للتلميذ العادي على مدى فترة طويلة من الزمن ، ثم اتجه الاهتمام إلى كل من المتفوقين والمتخلفين دراسياً لدراسة الشخصية والخصائص والأسباب وحل المشكلات وعلاجها .

والتخلف الدراسي أو « التأخر الدراسي » Scholastic Retardation or Educational Retardation هو حالة تخلف أو تأخر أو نقص في التحصيل Underachievement لأسباب عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط بأكثر من انحرافين معياريين سالبين (هدى براده وحامد زهران ، ١٩٧٤) .

وللأغراض التربوية يعرف التخلف الدراسي اجرائياً على أساس انخفاض الدرجات التي يحصل عليها التلميذ في الاختبارات الموضوعية في المواد الدراسية (محمد رياض عزيزة ، ١٩٧٥م) .

ويصنف التخلف الدراسي إلى أنواع منها : (أنظر هيرلوك Hurlock ، ١٩٧٢) .

- التخلف الدراسي العام : في جميع المواد الدراسية ، ويرتبط بالغباء حيث تتراوح نسبة الذكاء بين ٧٠ — ٨٥ .
- التخلف الدراسي الخاص : في مادة أو مواد بعينها فقط كالحساب مثلاً ، ويرتبط بنقص القدرة .

- التخلف الدراسي الدائم : Long term Underachievement حيث يقل تحصيل التلميذ عن مستوى قدرته على مدى فترة زمنية طويلة .
- التخلف الدراسي الموقفي : Situational Underachievement الذي يرتبط بمواقف معينة حيث يقل تحصيل التلميذ عن مستوى قدرته بسبب خبرات سيئة مثل النقل من مدرسة لأخرى أو موت أحد أفراد الأسرة أو المرور بخبرة انفعالية حادة .
- التخلف الدراسي الحقيقي : وهو تخلف قاطع يرتبط بنقص مستوى الذكاء والقدرات .
- التخلف الدراسي الظاهري : وهو تخلف زائف غير عادي يرجع لأسباب غير عقلية ويمكن علاجه (أنظر لوجال « د . ت ») .

والمتخلف دراسياً هو المتخلف تحصيلياً Underachiever الذي يكون تحصيله الدراسي أقل من مستوى قدرته التحصيلية . أي أن نسبة تحصيله تنخفض عن المتوسط ويكون بطيء التعلم Slow Learner .

أبعاد مشكلة التخلف الدراسي

إن التخلف الدراسي مشكلة متعددة الأبعاد . فهو مشكلة نفسية وتربوية واجتماعية يهتم بها علماء النفس والمربون والأخصائيون الاجتماعيون والآباء .

إن تخلف بعض التلاميذ دراسياً وعجزهم عن مسايرة أقرانهم تحصيلياً قد يثير لديهم العديد من الاضطرابات النفسية ومظاهر السلوك غير السوي . كما أن تخلف التلميذ دراسياً يثير القلق لدى الوالدين . كذلك فإن التخلف الدراسي ينعكس أثره اجتماعياً في صورة ميزانيات تهدر دون عائد يذكر . وكما يقول « فروست وهوكس Frost and Hawkes » (١٩٧٠م) فإن المتخلفين دراسياً يمثلون فاقداً في الطاقة البشرية ، مما يعطل نسبة كبيرة من الطاقات اللازمة لتطوير المجتمع .

وإذا كان التخلف الدراسي مشكلة بصفة عامة ، فهو مشكلة أساسية في المرحلة الابتدائية بصفة خاصة ، ذلك لأنها المرحلة الأولى من مراحل التعليم الأساسي التي تستوعب معظم الأطفال الذين نجدهم – بالنسبة للقدرة العقلية العامة والتحصيل – يتوزعون توزيعاً اعتدالياً ، أي أننا نجد بينهم مالا يقل عن ٢ر٣٪ من المتخلفين دراسياً . هذا بالإضافة إلى أن المرحلة الابتدائية تمثل إحدى مراحل النمو النفسي الهامة .

ولقد لقيت مشكلة التخلف الدراسي اهتماماً عالمياً كبيراً في الأوساط العلمية . ولقد بدأ

الاهتمام الجاد بهذه المشكلة منذ مطلع القرن الحالي وبالتحديد سنة ١٩٠٤ حين طلبت السلطات التربوية الفرنسية من العالم الفرد بينيه Binet دراسة مشكلة التخلف الدراسي وعاونه مساعده سيمون Simon ، ومنذ ذلك الوقت توالت البحوث وتزايد الاهتمام العالمي في الأوساط العلمية بدراسة هذه الظاهرة . .

أ ـ الأبعاد التربوية للتخلف الدراسي :

يعتبر الرسوب أو الاستبقاء في الصف الدراسي الواحد لأكثر من عام أهم الخصائص التربوية للمتخلف دراسياً وخاصة في المرحلة الإعدادية والثانوية إذا قدر لهم الوصول إليها . ويعتبر الفشل الدراسي أو التخلف الدراسي والتحصيلي وما يتبعه من تخلف لأكثر من عام في الصف الواحد نتيجة ضرورية أو طبيعية . حيث يفرض على هؤلاء التلاميذ الذين تقل نسبة ذكائهم العام عن المتوسط أن يواجهوا مناهج وضعت في الأساس لمن هم متوسطون أو فوق المتوسط من حيث المستوى العقلي ، فإذا أضفنا إلى ذلك ما أثبتته الدراسات والأبحاث من أن العمر العقلي لهؤلاء التلاميذ يتوقف نموه غالباً في حوالي الثالثة عشرة والنصف تقريباً أدركنا بسهولة مدى ما يعانيه المتخلف دراسياًمن صعوبات بالغة في محاولة استيعاب المنهجالعادي بالمدارس العامة .

ولقد تغيرت النظرة إلى المدرسة حالياً وسادت فلسفة تكافؤ الفرص وفتحت المدارس أبوابها للجميع ولكن هذه المدارس قد حققت ذلك من ناحية كمية فقط حيث أنها لم تعدل أو تجدد في مناهجها بحيث تتلاءم مع جميع المستويات العقلية ويتحقق بذلك تكافؤ الفرص من النواحي الكيفية والكمية . فالمدارس الحالية فتحت أبوابها ظاهرياً أمام المتأخرين دراسياً ولكنها بمناهجها وأوضاعها الحالية تعتبر موصدة في وجوههم .

والمتخلف دراسياً غالباً يكون مستوى تحصيله أقل من المتوسط بحوالي عامين تقريباً خاصة في القراءة والحساب ، ذلك لأن من أهم خصائصه العقلية العجز عن إدراك المجردات والعجز عن الاحتفاظ بالتجارب والخبرات المتعلمة لفترة طويلة ، قصور الذاكرة ، وعدم القدرة على الانتباه والتركيز لمدة طويلة ، وكل ذلك يؤدي إلى العديد من المشكلات في الصف الدراسي والتي تتجلى في العدوان والتخريب وألوان أخرى من السلوك السلبي يقوم بها التلميذ نفسياً لما يشعر به من نقص أو تعويضاً لما يعانيه من هذه المشكلة (حامد الفقي ، ١٩٧١) .

ب ـ الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية :

تكاد تجمع الدراسات والأبحاث على أن نسبة المتخلفين دراسياً تبلغ حوالي ٢٠٪ من مجموع التلاميذ بمراحل التعليم المختلفة بالولايات المتحدة الأمريكية . وإذا أخذنا في الاعتبار أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات علاقة بالتخلف الدراسي فهذا يدل على أن مدارسنا توجد بها نسبة لا بأس بها من المتخلفين دراسياً حيث أن العوامل الاجتماعية والأسرية تؤثر كثيراً في إيجاد هذه المشكلة لدينا . ومعنى ذلك وجود العديد من التلاميذ الذين لا يستطيعون تكملة دراستهم في المدرسة وخروج عدد كبير من المدرسة لعجزهم عن مواصلة الدراسة وانضمامهم إلى حصيلة الأميين أو العاطلين ذلك إذا لم تجتذبهم أعمال الشر أو جماعات الانحراف مما يضاعف المسؤوليه الاجتماعية تجاه هذه المشكلة .

لذلك لابد من ضرورة توفير الفرص العملية والإعداد المهني لمثل هؤلاء التلاميذ قبل انقطاعهم عن المدرسة خاصة وأن المستقبل أمام فئةكبيرة من هؤلاءالتلاميذ يبدومظلماً لأن التقدم التكنولوجي الحديث سوف يجعل من الصعب وجود الفرصة العملية إلا لمن هو مزود بالمهارات الضرورية التي يقتضيها التطور العلمي السريع في المجتمعات المتقدمه . وهذا يؤكدمسؤوليه المجتمع تجاه إعداد هذه النسبة الكبيرة من التلاميذ إعداداً يساهم على مواجهة المستقبل .

ـ في سنة ١٩٤٠ قام قسم البحوث بالهيئة القومية للتربية بالولايات المتحدة بدراسة وصفية هدفها الوقوف على آراء النظار والوكلاء والمدرسين الأوائل فيما يتعلق بالمشكلات المدرسية التي يسببها وجود التلاميذ المتخلفين دراسياً . وكانت عينة الدراسة ممثلة للتلاميذ الذين هم أقل من المتوسط في الذكاء العام أو في القدرات الخاصة أو في الإثنين معاً .

وقد أسفرت الدراسة عن وجود حاجة إلى تعديل البرامج والمناهج المدرسية حتى تستطيع أن تحقق حاجات هؤلاء التلاميذ . كما أدت إلى ضرورة التوجيه التربوي والمهني لعلاج مشكلاتهم الحالية وإعدادهم لمواجهة الحياة العملية في المستقبل .

ـ وفي سنة ١٩٥٧ قام جلا سمان.Glasman بدراسة هدفها الكشف عن اتجاهات المشتغلين بالعلاج النفسي نحو المتخلفين دراسياً من حيث مدى استفادتهم من العلاج وذلك لأنه كان من السائد في أوساط هؤلاء المعالجين عدم استفادة هذا النوع من التلاميذ من العلاج أو الإرشاد النفسي لما يعانونه في الغالب من ضعف في القدرات اللفظية ولأنهم كثيراً ما يعجزون عن التعبير عن مشكلاتهم . فضلاً عن صعوبة متابعتهم لما يدور في الجلسات العلاجية . وقد قارن جلاسمان بين مجموعتين من الحالات التي تتردد على مركز باركر للتوجيه والإرشاد بمدينة بوسطن الأمريكية

١٩٥٧ لمعرفة الفرق بين المجموعتين من حيث درجة الاستفادة من العلاج وكانت المجموعة الأولى تتكون من الحالات التي ترتفع نسبة ذكائها عن المتوسط بينما تتراوح نسبة ذكاء المجموعة الثانية بين ٧٠ – ٩٠ . وقد استنتج الباحث أن المتخلفين دراسياً يمكن أن يستفيدوا من العلاج النفسي كما يستفيد غيرهم من العاديين وأن الفرض السائد بين المعالجين النفسيين والذي يقرر عدم استفادة التلاميذ المتخلفين دراسياً من العلاج النفسي لا يقوم على أساس علمي. وينبغي أن يلاحظ أن المشكلات التي يتردد بسببها المتخلفون وزملاؤهم العاديون على العيادات النفسية متشابهة وغالباً ما تكون مشكلات انفعالية ترجع في الأساس إلى التخلف الدراسي . –

– وفي سنة ١٩٦٩ قام الدكتور حامد عبد العزيز الفقي بدراسة على التلاميذ المتخلفين تستهدف التعرف على أنسب الوسائل والأساليب العلاجية التي تتبعها المدارس الثانوية الأمريكية لمواجهة مشكلات هؤلاء التلاميذ وقد كشفت الدراسة عن أهمية دور المرشد النفسي وعن مسؤولياته تجاه هذه المشكلة ، كما أوضحت دور المدرسين والإداريين والأخصائيين المختلفين . واستطاعت الدراسة أن تحدد أهم الوسائل والأساليب التشخيصية والعلاجية وأكثرها فاعلية في مواجهة المشكلة كما حددت دور المدرسة ومسؤولية المجتمع في هذا الصدد .

وفي دراسة قام بها المؤلف وآخرون في البيئة السعودية (مكة المكرمة) للتعرف على المتخلفين دراسياً ، وتحديد عوامل التخلف الدراسي (أسبابه ومظاهره) ، كما تتضح في مشكلات النمو عقلياً وجسمياً واجتماعياً وانفعالياً ، في الأسرة والمدرسة والمجتمع، وتحديد أنسب الوسائل والأساليب الوقائية والعلاجية بالنسبة للمشكلات النفسية والتربوية للمتخلفين دراسياً . وتحديد الدور الذي يجب أن يقوم به المدرس والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والوالدان بالنسبة للمشكلة ، وتحديد دور كل من المدرسة والأسرة والمجتمع بصفة عامة بالنسبة لمشكلة التخلف الدراسي . واقتراح الحلول اللازمة لعلاج المشكلة وتخليص طاقات جميع الأفراد في المجتمع من كل المعوقات .

يدأت الدراسة بتساؤلات عامة لاستكشاف العلاقة بين التخلف الدراسي والمتغيرات التالية :

– مستوى ذكاء التلاميذ .

– الصحة الجسمية العامة ، الحواس .

– الانتظام في الدراسة ، التحصيل ، عادات المذاكرة ، اتجاهات التلاميذ نحو الدراسة ، علاقات التلاميذ والمدرسين ببعضهم ، اتجاهات التلاميذ نحو زملائهم ، السلوك المدرسي العام .

– المشكلات الأسرية ، العلاقات الأسرية ، السلوك الأسري إزاء التحصيل الدراسي ، المستوى الاقتصادي الاجتماعي لأسرة التلميذ .

– بعض جوانب النمو لدى المتخلفين .
– العادات السلوكية للمتخلفين .

– الحالات الانفعالية لدى المتخلفين .

واستخدم الباحثون ثلاثة أنواع من أدوات البحث هي :

١ – اختبارات التحصيل الموضوعية في المواد الدراسية الأساسية لقياس التحصيل الأكاديمي وهي مادة العلوم والحساب واللغة العربية والجغرافيا والتاريخ .

٢ – اختبار المصفوفات المتتابعة .

٣ – استبيانات لجمع المعلومات من التلميذ ومن ولي الأمر ومن المدرس .

تكونت عينة البحث من ٨٣٨ تلميذاً بالصف الرابع الابتدائي من المدارس المختلفة بمكة المكرمة حيث تراوحت أعمار أفراد العينة الكلية للبحث بين ٩ سنوات و ١٥ سنة بمتوسط قدره
شهر سنة
٢ ١١ . وتم تطبيق بطارية اختبارات التحصيل الموضوعية على العينة الكلية جماعياً في الفصول وذلك في نهاية العام الدراسي ، حيث روعي توفير المناخ النفسي الملائم من حيث علاقة المودة والألفة مع التلاميذ وملاءمة الزمان والمكان .

عينة المتخلفين دراسياً :

التعرف على المتخلفين دراسياً نوع خاص من التشخيص الذي يتطلب استخدام وسائل تشخيص متعددة قبل الحكم على التلميذ بأنه متخلف دراسياً لأن هذا الحكم قد يترتب عليه آثار خطيرة في توجيه حياته وتحديد مستقبله ، وقد يحدث ارتباكاً في جو الأسرة كلها . (ثورنديك وهاجن Throndike & Hagen ، ١٩٦٩) .

ومن أشيع الوسائل استخداماً في تشخيص التخلف الدراسي : اختبارات التحصيل والتاريخ التربوي للتلميذ ، وسجل التحصيل الدراسي ، وملاحظات المدرسين وآرائهم وآراء الوالدين ،

وملاحظات الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين .

وقد استخدمت معظم هذه الوسائل في تحديد التخلف الدراسي وتشخيصها وهي : اختبارات التحصيل الموضوعية (التي وضعت خصيصاً لهذا الغرض) ، وسجل التحصيل التربوي للتلميذ (وتم الحصول عليه من إدارة المدرسة) .

وقد وضع في الاعتبار مجموع الدرجات للمواد الخمس ، وحسب المتوسط والانحراف المعياري، واعتبر التلاميذ الذين يقعون ضمن الارباعي الأدني هم أفراد عينة المتخلفين دراسياً ، وكان عددهم ٢١٣ تلميذاً ، استبعد منهم ١٣ بطريقة عشوائية حتى يكون باقي أفراد عينة المتخلفين ٢٠٠ حالة .

دراسة حالات التخلف الدراسي :

استخدمت دراسة الحالة في العديد من الدراسات السابقة عن التخلف الدراسي (مختار حمزة Hamza ، ١٩٥٢) .

ولقد تمت دراسة حالات التخلف الدراسي في البحث الحالي بما يحقق أهداف البحث على النحو التالي :

- طبق اختيار المصفوفات المتتابعة على جميع حالات المتخلفين دراسياً .
- طبقت استبيانات جمع المعلومات كالآتي :
- قام الباحثون بإجراء مقابلات فردية مع التلاميذ المتخلفين دراسياً طبق أثناءها استبيان مقابلة التلميذ .
- أرسلت الاستبيانات الخاصة بجمع معلومات من الوالد أو ولي الأمر ، موضوعة في مظاريف إلى الآباء وأولياء الأمور مع أولادهم للاستجابة لها وإعادتها في اليوم التالي ، وتم ذلك بالاتفاق مع إدارة المدرسة . وكانت نسبة العائد ١٠٠ ٪ من الاستبيانات المرسلة .
- أعطى لمدرس الفصل استبيان لجمع معلومات من المدرس .

نتائج البحث :

وقد راعينا في تبويبها أن تكون ذات صلة وثيقة بتساؤلات البحث . وسوف نبرز في استعراضنا للنتائج أهم خصائص المتخلفين دراسياً وأهم أسباب التخلف الدراسي .

ومما تجدر الإشارة إليه أن التخلف الدراسي يرجع إلى عدد من العوامل المتداخلة التي يتصل بعضها بالشخصية والآخر بالمشكلات الاجتماعية . ونادراً ما يرجع التخلف إلى التدريس غير الجيد فقط ، أي أن الأسباب تكمن في أحوال الطفل وظروفه والبيئة النفسية والاجتماعية التي يعيش فيها سواء في المنزل أو المدرسة . (هيرلوك Hurlock ، ١٩٧٢) .

ولقد تعددت البحوث والدراسات عن أسباب التخلف الدراسي في بيئات عديدة ومنها على سبيل المثال – الدراسة الرائدة التي قام بها سيرل بيرت Burt (١٩٣٧) في انجلترا ، ودراسة هدى برادة وحامد زهران (١٩٧٤) لدراسة أسباب التأخر الدراسي في البيئة المصرية . وتؤكد هذه الدراسات جميعاً أن التخلف الدراسي يرجع إلى أسباب متعددة نعرضها فيما يلي :

مستوى الذكاء :

يبين الجدول التالى توزيع أفراد العينة من المتخلفين دراسياً حسب الفئات المئينية على اختيار الذكاء (المصفوفات المتتابعة) والنسبة المئوية لأفراد العينة :

توزيع أفراد العينة حسب الفئات المئينية لأختبار المصفوفات المتتابعة

الفئة المئينية	النسبة المئوية
أقل من المئيني الخامس	١٤
المئيني الخامس	٢١
« العاشر	١٥
« الخامس والعشرون	١٨
« الخمسون	١٥
« الخامس والسبعون	٦

الفئة المثينية	النسبة المئويه
» التسعون	١
» الخامس والتسعون	—
المجموع :	١٠٠

ويتبين من الجدول أن ٢٢ ٪ من أفراد العينة قد حصلوا على المثيني الخمسين فأكثر ، بينما يقع ٧٨ ٪ منهم في مستوى أقل من المثيني الخمسين . أي أنهم ينتمون بعامة إلى مستويات الذكاء دون المتوسط .

وهذا يتفق مع ما تقرره نتائج معظم البحوث عن التخلف الدراسي من أن المتخلفين دراسياً يتراوح ذكاؤهم بين النقص أو الغباء الشديد والضعف العقلي . ويرتبط بذلك ضعف الذاكرة ونقص القدرة اللغوية وضعف الانتباه والتركيز وضعف القدرة على التفكير الاستنتاجي وصعوبة التفكير التجريدي وضعف القدرة على حل المشكلات وسطحية الإدراك ونقص الميل العلمي . (فرانكل Frankel ، ١٩٦٠ ، سميث Smith ، ١٩٥٧ ، كامبل Campbell ، ١٩٥٧) .

ويرى الباحثون أن انخفاض القدرة العقلية العامة من العوامل المعجلة لظهور التخلف الدراسي . بمعنى أننا يمكن أن نجد بين المتخلفين دراسياً من لديهم قدرات عقلية فوق المتوسط – وهذا ما أكدته نتائج البحث الحالي ، وهذا يدعونا إلى القول بأن هناك نوعين من التخلف الدراسي ، أحدهما يرتبط بانخفاض القدرة العقلية العامة ، والآخر يرتبط بالعوامل الاجتماعية والنفسية – أي تلك العوامل غير المعرفية .

الصحة الجسمية العامة :

من الخصائص الجسمية والصحية العامة للمتخلفين دراسياً الضعف العام وقلة الحيوية وقلة النشاط الجسمي العام مما يعوقهم عن الانتظام في الدراسة ويعرضهم للاجهاد وعدم القدرة على بذل الجهد المطلوب للتحصيل ، هذا بالإضافة إلى معاناتهم من أمراض مختلفة مثل الأنيميا والاضطرابات الغددية وروماتيزم القلب والصرع .

وقد أوضحت نتائج البحث الحالي أن الأمراض التي يشكون منها باستمرار هي على النحو التالي بحسب درجة شيوعها بينهم :

الأمراض الباطنية (٦٦ ٪) والأمراض الصدرية (٨٪) وأمراض العيون (٧ ٪) وأمراض الأنف والأذن والحنجرة (٥ ٪) وأمراض الأسنان (٢ ٪) وأمراض أخرى (١٢ ٪) .

كما أوضحت نتائج البحث أيضاً أن المتخلفين دراسياً قد تعرضوا لأمراض في طفولتهم المبكرة (قبل دخولهم المدرسة) وهي : الحصبة (٣٠ ٪) والأمراض الصدرية (١٦ ٪) وأمراض الجهاز الهضمي (١٥ ٪) وأمراض العيون (٧ ٪) والأنف والأذن والحنجرة (٧ ٪) والأمراض الجلدية (٧ ٪) والجدري (٤ ٪) والحمى (١ ٪) وأمراض أخرى (١٣ ٪) .

واستناداً إلى هذه النتائج ، ومن خلال الدراسة الميدانية ، يرى الباحثون ضرورة اعتماد البحوث على قياسات طبية متخصصة بدلاً من الاعتماد على ما يذكره المفحوصون أو أولياء أمورهم فقط . وعلى الرغم من ذلك فإن ما حصلنا عليه من بيانات عن الأمراض (الحالية والسابقة) من أولياء الأمور والتلاميذ أنفسهم يعد مؤشراً جيداً يمكن الاعتماد عليه .

الحـــــواس :

تتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج البحوث السابقة في أن نسبة ضعف الحواس – خاصة ضعف السمع والبصر – أعلى عند المتخلفين منها عند العاديين ، مما يضيع على المتخلفين فرصة متابعة الدروس . فقد وجد في البحث الحالي أن ٧ ٪ من أفراد عينة المتخلفين يعانون من عيوب سمع مثل ثقل السمع أو ضعفه . كما أن ٦ ٪ يعانون من عيوب نطق وكلام أهمها اللثغة واللجلجة والبطء الواضح في الكلام .

الانتظام في الدراسة :

بينت نتائج البحث الحالي أن ٧٨ ٪ من المتخلفين دراسياً ينتظمون في الدراسة ، وأن ١٠ ٪ كثيرو التغيب عن المدرسة . ولقد ذكر مدرسوا الفصول أن أسباب التغيب التي يذكرها التلاميذ عادة هي : المرض (٧٧ ٪) وعدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة (١٣ ٪) والخوف من أحد المدرسين (٥ ٪) وأسباب أخرى (٥ ٪) وهذا يتفق مع ما وجدناه من شيوع للأمراض بينهم . ومما يذكر أن معظم أطفال هذه المرحلة غالباً ما يعللون تغيبهم عن المدرسة بالمرض .

التحصيـــــل :

بينت نتائج البحث أن نتائج امتحانات المتخلفين دراسياً (من واقع السجلات المدرسية)

كانت على النحو التالي : ٨ ٪ حصلوا على تقدير ممتاز ، ٢٨ ٪ حصلوا على تقدير جيد جداً ، ٣٥ ٪ جيد ، ٢١ ٪ مقبول ، ٨ ٪ ضعيف . ولم يحصل أي منهم على تقدير ضعيف جداً .

وتبدو هذه النتائج متناقضة مع حقيقة أن عينة المتخلفين هم الواقعون ضمن الارباعي الأدني لنتائج اختبارات التحصيل التي وضعها الباحثون بعد تحليل محتوى المواد الدراسية من واقع الكتب المقررة ويعد تحديد صدق محتواها في ضوء تحكيم المدرسين والموجهين لنفس المرحلة والصف الدراسي وربما يرجع هذا التناقض إلى ما يلي :

- ميل المدرسين إلى المبالغة في تقدير المستوى التحصيلي للتلاميذ .

- شمول الاختبارات التحصيلية التي أعدها الباحثون لمنهج العام الدراسي ككل باعتباره وحدة متكاملة - بينما يقتصر امتحان نهاية العام على النصف الثاني فقط. من المقررات الدراسية حيث يركز التلاميذ عادة على ماسوف يمتحنون فيه فقط . هذا وتبدو النتائج غير متناقضة إذا أخذنا في الاعتبار أن الفروق بينها راجعة إلى الفروق في القدرة على التذكر والاستدعاء بين المتخلفين وغير المتخلفين ، وعليه فإن الاختبارات المدرسية للفصل الدراسي الأول والثاني لا تقيس الذاكرة والاستدعاء طويل المدى ، بينما الاختبارات التحصيلية التي وضعها الباحثون قد أخذت ذلك في الاعتبار .

- إن التقدير العام للتحصيل المدرسي يدخل فيه أعمال السنة التي تشكل نسبة ٣٠ ٪ من الدرجة الكلية وهو عامل غير محسوب في اختباراتنا التحصيلية .

عادات المذاكـــرة :

تشير نتائج البحث إلى أن ١٧ ٪ من المتخلفين يذاكرون ساعة واحدة يومياً ، وأن ٥٧ ٪ يذاكرون ساعتين ، وأن ٢٢ ٪ يذاكرون ثلاث ساعات ، ٤ ٪ يذاكرون أربع ساعات .

كما بينت نتائج البحث أن ٥٩ ٪ منهم ليس لديهم مكان مستقل للمذاكرة ، وأن ٩٩ ٪ ممن يذاكرون مع آخرين يذاكرون مع أقارب لهم .

ومما يلاحظ أن نسبة كبيرة من التلاميذ يذاكرون دروسهم مع اخوتهم وأقاربهم حيث متوسط عدد أفراد الأسرة كبير بحيث يضم تلاميذ في مراحل وصفوف دراسية مختلفة مما قد يؤدي إلى تشتيت الانتباه عندما يذاكرون في مكان واحد . ناهيك عن الوضع الناتج في حالة لعب الآخرين

أو انشغالهم بمشاهدة التليفزيون أو الاستماع للراديو أو المسجلات ... الخ مما يصرف التلاميذ عن الاستذكار .

اتجاهات التلاميذ نحو الدراسة :

بينت نتائج البحث أن ٤٦ ٪ من المتخلفين يشكون من صعوبة مادة الحساب ، وأن ٤٣ ٪ يشكون من صعوبة اللغة العربية ، و ٢٨ ٪ يشكون من صعوبة التاريخ ، و ١٥ ٪ يشكون من صعوبة الجغرافيا ، و ١٣ ٪ يشكون من صعوبة مادة العلوم .

أما تلك المواد التي لا يرغبون حضور دروسها فهي كالآتي : الحساب (٣٨ ٪) اللغة العربية (٢٨ ٪(والتاريخ (١٥ ٪) والعلوم (١١ ٪) والجغرافيا (٨ ٪) وقد عللوا ذلك بالأسباب التالية :

- صعوبة المادة (٧٧ ٪) .
- استخدام مدرس المادة للعقاب البدني (١٨ ٪) .
- أسباب أخرى أهمها : عدم الفهم وعدم القدرة على المذاكرة وكثرة الواجبات (١١ ٪) .

كذلك بينت نتائج الدراسة أن درجة اعتناء هؤلاء التلاميذ بواجباتهم المدرسية كانت على النحو التالي : ١٩ ٪ منهم على درجة جيدة ، ٥٨ ٪ على درجة متوسطة ، ٢٣ ٪ على درجة ضعيفة . كذلك فإن ٢٦ ٪ منهم ينسون أدواتهم المدرسية دائماً .

وهكذا نجد أن المتخلفين دراسياً قد تكون لديهم عوامل تؤدي إلى سوء التوافق الدراسي من أهم مظاهره الضعف الدراسي في مادة أو أكثر ، حيث لا يصل التلميذ إلى مستوى زميله العادي في مثل سنه . وقد يلجأ إلى التهرب من هذه المادة أو قد يصل الحال إلى الهروب من المدرسة أو حتى الانقطاع عن الدراسة .

وتؤيد النتائج السابقة ما سبق أن ذهبنا إليه من أن التخلف الدراسي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بانخفاض القدرة العقلية العامة ، ذلك أن أكثر المواد صعوبة لديهم هي الحساب واللغة العربية .

وإذا كان تعريف الذكاء أنه القدرة على حل المشكلات ، وإذا كانت طبيعة مادة الحساب تعتمد على حل المشكلات الرياضية – فإن انخفاض درجاتهم في الحساب يعد دلالة لنقص قدراتهم العقلية . كذلك فإن المسائل الحسابية ذات مضمون لغوي ، أي هناك علاقة بين المادتين بحيث نتوقع أن ضعف مستوى المتخلفين في اللغة العربية يزيد من ضعف مستواهم في الحساب . وعلاوة على ذلك فإن ضعف مستواهم في اللغة العربية دليل آخر على ضعف قدراتهم العقلية .

وفيما يتعلق بالنشاط والعمل المدرسي بصفة عامة فقد بينت النتائج أن ٩٩٪ من المتخلفين يرغبون في مواصلة الدراسة ، وحددوا سبباً رئيسياً لذلك هو الحصول على عمل (وظيفة حكومية).

كذلك بينت النتائج أن ٣٤٪ يشتركون في مناقشات الفصل ، أما النسبة الباقية من المتخلفين فنادراً ما يشتركون في المناقشة .

علاقات التلاميذ والمدرسين ببعضهم :

بينت نتائج الدراسة أن اتجاهات الطلاب المتخلفين نحو المدرسين اتجاهات إيجابية ، إذ قرر ذلك ٩٩٪ منهم . وقد عللوا ذلك بأن مدرسيهم يحسنون معاملتهم (٦٤٪) وأنهم يعلمونهم (٢٩٪) وأنهم يشجعونهم على مواصلة الدراسة (٧٪) .

كذلك قرر مدرسوهم وجود اتجاهات موجبة نحو هؤلاء الطلاب بنسبة ٨٧٪ ، كما أن هذه الاتجاهات الموجبة متبادلة بين التلاميذ والمدرسين بنسبة ٩٢٪ . وقد قرر ٣٠٪ من هؤلاء التلاميذ حبهم لمدرس بعينه ، وبينت النتائج أن تقديراتهم لدى مدرسهم المفضل تقديرات جيدة بنسبة ٢٣٪ ومتوسطة بنسبة ٦٨٪ وضعيفة بنسبة ٩٪ .

ولا شك أن تحصيل التلميذ في المدرسة محصلة للتفاعل القائم بينه وبين المدرس ، بالإضافة إلى مجموعة من العوامل الأخرى في المجال المدرسي من أهمها : الصحة النفسية للمدرسين وإيجابية اتجاهاتهم نحو تلاميذهم ، وقدرتهم على توجيههم توجيهاً سليماً (بيرنارد وفولمر Bernard & Fullmer ، ١٩٦٩) . يضاف إلى ذلك ما هو معروف من أن كراهية بعض التلاميذ لبعض المواد الدراسية يرتبط ارتباطاً عالياً بكراهيتهم لمدرسي تلك المادة .

هذا ومن المعروف أن بعض المدرسين قد يخطئون ويسهمون بطريقة قد تكون غير مقصودة في خفض قيمة الذات Self Devaluation عند التلميذ المتخلف دراسياً ، فيدعمون التخلف لديه حيث تشغل فكرة التخلف حيزاً في مفهوم الذات الدراسي بصفة خاصة School Self-concept .

ولم تظهر نتائج البحث الحالي ما يشير إلى وجود اتجاهات سالبة بين المدرسين وبين التلاميذ . وقد يرجع ذلك إلى أن طبيعة عملية التنشئة الاجتماعية في المنطقة العربية بعامة تقوم على كف العدوان . بالإضافة إلى أن المدرس يمثل الأب النفسي لدى التلميذ . وبما أن أساليب التنشئة التي يتبعها الأب تقوم في معظمها على العقاب وكف العدوان فإن التلميذ لا يجد فيما يقوم به المدرس من عقاب أو نحو ذلك إلا امتداداً لما يقوم به الأب ، كما أن الآباء أنفسهم لا يجدون في عقاب

المدرسين لأبنائهم شيئاً غير عادي .

اتجاهات التلاميذ نحو زملائهم :

بينت نتائج البحث أن المتخلفين دراسياً قليلاً ما يتشاجرون مع أقرانهم ، إذ بلغت نسبة من قرروا أنهم لا يتشاجرون مع الأقران ٧٣ ٪ . وهذا لا يتفق مع ما يذهب إليه البعض من أن التلميذ المتخلف دراسياً قد تظهر لديه مشاعر الغيرة نحو زملائه العاديين والمتفوقين بالإضافة إلى مشاعر الإحباط ، وقد يلجأ إلى سلوك عدواني تجاههم أو قد يلجأ إلى الانطواء والانعزال (أنظر حامد الفقي ، ١٩٧١) .

ونحن نجد أن هذا الاختلاف بين نتائج البحث وما توصلت إليه الدراسات الأخرى اختلاف ظاهري فقط لأن أفراد العينة الحالية من المتخلفين دراسياً لا ينطبق عليهم هذا الاصطلاح في مدارسهم إذا اعتبرنا النتائج الدراسية الرسمية فقط ، وعلى ذلك فهم لا يشعرون بمشاعر العدوان أو الإحباط حيال بقية زملائهم .

لسلوك المدرسي العام :

تشير نتائج البحث حسبما قرر مدرسوا الفصول عن السلوك المدرسي العام للتلاميذ المتخلفين إلى أن ١٦ ٪ منهم يميلون للانطوائية ، ١٩ ٪ كثيرو الشجار و ١٠ ٪ يقومون بتدمير محتويات الفصل ، ٣٠ ٪ لديهم شعور بالنقص ، ٨ ٪ كثيرو السرحان .

ومما يفسر هذه النتائج اتباع بعض المدرسين لأساليب تربوية خاطئة في المدرسة مثل استخدام العقاب الجسمي وغير ذلك من الأساليب التي تثير خوف التلميذ وضعف ثقته بنفسه وانطوائه .

وفي نفس الوقت قرر المدرسون أن ٣٠ ٪ فقط من التلاميذ المتخلفين توافقهم العام حسن ، وأن ٤٠ ٪ منهم لهم نشاط مدرسي رياضي في جملته خاصة كرة القدم ، وأن ٧٨ ٪ منهم يشتركون في الأنشطة الاجتماعية والجمعيات المدرسية التي تنظمها المدرسة وأهمها الشرطة المدرسية والكشافة والإسعاف والتربية الإسلامية والتمثيل والإذاعة والمقصف المدرسي .

المشكلات الأسرية :

إن وجود مشكلات أسرية مثل اضطراب العلاقات بين الطفل ووالديه أو بينه وبين اخوته

واتباع الوالدين لأساليب خاطئة في التنشئة الاجتماعية مثل التسلط والحماية الزائدة والنبذ وغيرها ـ يجعل المناخ النفسي الذي يعيش فيه الطفل بصفة عامة غير مناسب للتحصيل . وإذا أضيف إلى ذلك وجود اتجاهات سالبة لدى الوالدين نحو المدرسة وعدم اهتمامهما بالتعليم فمن المرجح أن ينمي التلميذ اتجاهات غير مرغوبة نحو المدرسة والمواد الدراسية. وإذا كثر الشجار بين الوالدين أو حدث تفكك بسبب طلاق أو انفصال أو موت ـ فقد يتحول إلى عدوان أو أي مظهر من مظاهر سوء التوافق الاجتماعي ، وقد ينمو لدى الطفل اتجاه سالب نحو الذات ونحو الزملاء ، وقد تظهر السلبية والانطواء مما ينعكس على نظرته للحياة والموقف الدراسي ، كما يبدو مثلاً في عدم المواظبة على حضور المدرسة . (هيرلوك Hurlock ١٩٧٢) .

هذا ولم يتضح من نتائج البحث الحالى أثر هذا العامل ، حيث قرر ١٨ ٪ فقط من أفراد عينة المتخلفين وجود مشاجرات بين الوالدين ، بينما قرر ٨٢ ٪ عدم وجود أية مشاجرات بينهما .

العلاقات الأسرية :

يرى أفراد العينة من المتخلفين آباءهم في صورة إيجابية ، أي أن مشاعرهم نحو آبائهم وأمهاتهم مشاعر ود ومحبة . فقد بلغت نسبة من قرروا ذلك سواء بالنسبة للأب أم للأم ٩٤ ٪ . كذلك قرر ٤٨ ٪ أن آباءهم يستجيبون لطلباتهم دائماً ، ٣٩ ٪ يستجيب لهم آباؤهم أحياناً ، ١٣ ٪ نادراً ما يستجيب الآباء لطلباتهم .

أما بالنسبة لاستجابة الأم لطلبات التلميذ المتخلف فقد قرر ٥٩ ٪ من الأطفال أن الأم تستجيب لهم دائماً ، كما قرر ٣٧ ٪ أنها تستجيب لهم أحياناً ، وقرر ٤ ٪ أنها لا تستجيب لهم إلا نادراً .

ومن الطريف في هذا البحث أن ٧٣ ٪ من الآباء لا يفضلون أياً من الأخوة على الطفل ولا يفرقون بينهم في المعاملة . وقد ينعكس ذلك على شعور الطفل نحو اخوته ، إذ كان هذا الشعور إيجابياً بنسبة ١٠٠ ٪ . كذلك فإن شعوره نحو اخواته ايجابياً بنسبة ٩٧ ٪ ، يضاف إلى ذلك أن من قرروا وجود مشاجرات بين اخوتهم واخواتهم ٥ ٪ فقط .

وإذا نظرنا إلى أولئك الذين يعيشون مع زوجات آبائهم من أفراد العينة لتبين لنا أن ٨٥ ٪ لهم علاقات إيجابية مع زوجة الأب ، ١٥ ٪ لهم علاقات سلبية . وهكذا لم نجد أثراً سلبياً للعلاقات الأسرية سواء بين الوالدين والطفل أو بين الطفل وبين اخوته واخواته .

العوامل المؤثرة على مستوى الطموح المرتبط بالإنجاز	
العوامل الشخصية	**العوامل البيئية**
• رغبة الطفل فيما يريد إنجازه . • الميول الشخصية التى تؤثر على مجالات طموح الطفل . • الخبرات السابقة والنجاحات التى تقوى طموح الطفل ونواحى الفشل التى تضعفها . • نمط شخصية الطفل الذى يؤثر على كل من نوع وقوة طموحاته . • القيم الشخصية – التى تقرر أى الطموحات أهم من غيره . • جنس الطفل – حيث الأولاد اعلى طموحا من البنات . • الوضع الإقتصادى الأجتماعى حيث الأطفال الذين ينتمون للمستويات المتوسطة والعليا أعلى طموحا عن المستويات الدنيا . • الخلفية السلالية – فالذين ينتمون للأقليات يطمحون لمكانات عالية غير واقعية كنوع من التعويض .	• رغبات الآباء العالية بالنسبة للطفل الأول عن الطفل التالى . • التوقعات الإجتماعية التى تؤكد أن الناجحين في مجال ما يمكن أن يكونوا ناجحين في كل المجالات إذا أرادوا ذلك . • ضغط الرفاق لتوجيه الطموحات نحو مجالات هامة لجماعة الرفاق . • تأكيد الجماعة على ملاءمة لطموحات لجنس الفرد . • التقاليد الثقافية القائلة بأن أى فرد يمكنه أن يحقق أى شئ يرغبه إذا بذل في سبيله الجهود الممكنة . • القيم الإجتماعية – التى تتنوع بتنوع مجالات الإنجاز . • وسائل الإعلام – التى تشجع مستويات للطموح المرتبط بالإنجاز . • الجزاءات الإجتماعية للإنجاز العالى والإهمال الإجتماعى أو النبذ للإنجاز المنخفض . • التنافس مع الأشقاء ومع الرفاق على أمل إبراز تفوق للفرد عليهم .

السلوك الأسري إزاء التحصيل الدراسي :

وفيما يتعلق بالسلوك الأسري إزاء التحصيل الدراسي فنحن نعرف أن انشغال الوالد أو انشغال كل من الوالدين في العمل وترك الطفل دون توجيه بالإضافة إلى فشل الوالدين في إعداد الطفل لدخول المدرسة والانتظام والتقدم بها - يعتبر من عوامل التخلف الدراسي . وقد أوضحت الدراسة الحالية أن الأسرة تتصرف على النحو التالي إزاء شكوى التلميذ من الدراسة :

- قرر ٧٥ ٪ من الأطفال أنهم يتلقون مساعدات منزلية في دروسهم من ذويهم .

- قرر ١٥ ٪ من الأطفال أن آباءهم يتصلون بالمدرسة لبحث شكواهم .

- قرر ١٠ ٪ أنهم يتلقون دروساً خصوصية .

كذلك أوضحت النتائج أن ٨٠ ٪ من عينة المتخلفين يتلقون تشجيعاً من الآباء لآداء واجباتهم المدرسية ، وفي ٢٩ ٪ من العينة يقوم الأب بنفسه بمعاونة التلميذ . بينما يقوم أحد الكبار بمساعدته في ٦٠ ٪ من الحالات . ويقوم الآباء بالاستفسار عن حالة التلميذ الدراسية في ٥٧ ٪ من الحالات بينما ٢٨ ٪ فقط من الآباء هم الذين يقومون بزيارات للمدرسة بقصد المتابعة الفعلية للتلميذ .

المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة :

بينت النتائج أن ٦٩ ٪ من المتخلفين يسكنون في مساكن يملكونها ، كذلك فإن ٧٣ ٪ منهم يسكنون في مساكن تتكون من ثلاث حجرات فأكثر ، ونسبة كبيرة جداً من هذه المساكن (٩٧ ٪) بها كهرباء ، كما أن الإضاءة بها كافية تماماً (٩٩ ٪) .

أما عن الإمكانات التي تملكها الأسرة فتكاد تكون شائعة لدى معظم الأسر نذكر منها : الراديو (٩٧ ٪) الثلاجة (٩٤ ٪) التليفزيون (٩٢ ٪) موقد البوتاجاز (٨٨ ٪) الغسالة الكهربائية (٧٨ ٪) المكيف (٧٢ ٪) التليفون (٣٧ ٪) وأقلها جميعاً سخان الماء الكهربائي (٦ ٪) . كذلك فإن نسبة كبيرة لديها سيارات خاصة (٦٦ ٪) .

وتدل النتائج السابقة على أن المستوى الاقتصادي الاجتماعي كما قيس في ضوء ما تيسر جمعه من بيانات في البحث الحالي ليس له التأثير الذي تذكره البحوث والدراسات السابقة (أنظر

ديسيكو DeCecco ، ١٩٧٠) ، أوسر - Oeser ، ١٩٧٣) والتي تؤكد ارتباط ضعف مستوى التحصيل بضعف المستوى الاقتصادي الاجتماعي ، خاصة فيما يتعلق بانخفاض دخل الأسرة وضيق المسكن أو انصراف التلميذ للعمل لمساعدة الأسرة .

ونظراً لظروف المجتمع السعودي التي تتيح لمعظم أفراده امتلاك الإمكانات الاقتصادية المتقدمة فإن نتائج البحث لم تتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي تؤكد على العلاقة بين انخفاض المستوى الاقتصادي وبين التخلف الدراسي .

وفي نفس الوقت يمكن القول بأن ارتفاع المستوى الاقتصادي الاجتماعي إذا اقترن بعدم التوجيه السليم واللامبالاة بالدراسة نتيجة لنظرة بعض الآباء إلى التعليم على أنه ليس العامل المؤثر في الحراك الاجتماعي الاقتصادي ، بالإضافة إلى ضعف المستوى الثقافي للأسرة — فإن ارتفاع المستوى الاقتصادي الاجتماعي في هذه الحالة يكون مرتبطاً بالتخلف الدراسي .

بعض جوانب النمو لدى المتخلفين :

بينت نتائج البحث أن ٩٢ ٪ من المتخلفين دراسياً كانت ولادتهم فردية ، وقد أصيبت ١٣ ٪ من أمهاتهم بأمراض أثناء الحمل . وأكثر الأمراض التي قررت الأمهات أنهن أصبن بها أثناء الحمل هي مرض القلب (١٣ ٪) ومرض السكر أو مرض صدري أو عصبي أو أمراض الكلى بنسبة ٦ ٪ لكل منها

وكانت الولادة عسرة في ١٠ ٪ من الحالات كما كان حجم الطفل عند ولادته أقل من العادي في ٢٤ ٪ من الحالات . كما كان الوزن أقل من العادي في ١٩ ٪ من الحالات . وكانت الرضاعة صناعية في ٢٣ ٪ من الحالات ، والفطام متأخراً في ٤٦ ٪ من الحالات .

وبالنسبة لبداية الكلام فقد تأخر إلى ما بعد عام ونصف في ٣٧ ٪ من الحالات ، وإلى ما بعد عامين في ٣٦ ٪ من الحالات .

أما عن بداية المشي فقد تأخر إلى ما بعد عام ونصف في ٤١ ٪ من الحالات ، وإلى ما بعد عامين في ٢٤ ٪ من الحالات .

وفيما يتعلق ببداية ضبط الإخراج فقد وجد أن ٣١ ٪ من الحالات قد تأخروا عن العاديين أما عن التمكن من ضبط الإخراج فإن ٢٧ ٪ من الحالات قد تأخروا في هذه العملية عن رفاقهم العاديين .

هذا وقد قرر ٢٢ ٪ من الآباء أن أبناءهم قد تأخروا في نموهم العام . ومما تقدم يرى فريق البحث أن مظاهر النمو المقيسة كما قررها آباء التلاميذ المتخلفين تعد أقل في معدلها العام من

معدلات النمو العادية . ويتسق ذلك مع ما هو معروف في التراث النفسي من أن التأخر الدراسي يرتبط بتأخر النمو بصفة عامة ، وتأخر النمو الجسمي بصفة خاصة . واضطراب أداء الجهاز العصبي مثل تأخر عمليات الإدراك الأساسية في عملية التعلم والتحصيل .

العادات السلوكية :

كشفت نتائج البحث عن بعض العادات السلوكية الخاصة بالاستيقاظ والنوم والغذاء والإخراج . فبالنسبة لعادات الاستيقاظ والنوم قرر ٤٩ ٪ من المتخلفين أنهم يستيقظون الساعة السابعة صباحاً أي قبل موعد المدرسة بنصف ساعة فقط مما قد يدلنا على عدم حرصهم على الاستعداد للذهاب للمدرسة .

كما أن ٧٨ ٪ من المتخلفين ينامون ظهراً ٩٠ ٪ ينامون مساء في الفترة ما بين الثامنة والحادية عشرة . وقد قرر ٣١ ٪ من المتخلفين أنهم ينامون مع والديهم في حجرة واحدة ، وأن ٦٤ ٪ ينامون مع اخوتهم واخواتهم في حجرة واحدة . وهكذا نجد أن معدل نومهم اليومي يفوق المعدل العادي . وقد يكون ذلك بمثابة سلوك هروبي من التحصيل وآداء الواجبات المدرسية — كذلك فإن نوم الطفل مع والديه أو مع اخوته في مثل هذه السن قد يؤدي إلى قلقه وتكوين مفاهيم خاطئة عن سلوك والديه مما قد يزيد من التشتت الذهني لديه .

كذلك فإن ٣٢ ٪ من المتخلفين يذهبون إلى المدرسة دون تناول إفطارهم ، كما أن ٢١ ٪ لا يتناولون وجباتهم بانتظام . ولا شك أن عادة عدم تناول الإفطار تؤثر تأثيراً سيئاً بالنسبة لنشاط التلميذ في المدرسة وفي تركيز انتباهه وبالتالي في تحصيله الدراسي . كما أن عدم تناول الوجبات الغذائية بانتظام يؤثر تأثيراً سيئاً في النمو بصفة عامة .

وفيما يتعلق بالإخراج فإن ١٧ ٪ من المتخلفين يعانون من التبول اللاارادي حتى وقت إجراء البحث .

الحالات الانفعالية :

كشفت نتائج البحث أن أهم الحالات الانفعالية التي يعاني منها المتخلفون هي الخجل (٣٢٪) والخوف (٢٥ ٪) . هذا إلى جانب بعض مظاهر الاضطراب الانفعالي الأخرى التي تعبر عن فقدان التوازن الانفعالي والقلق وانعدام الأمن وضعف الثقة بالنفس ومشاعر النقص والفشل والعجز .

وتدل الدراسات السابقة على أن المتخلفين دراسياً يعانون من حالات انفعالية خاصة مثل الخوف المستمر من الرسوب والقلق الذي يزداد وضوحاً في أوقات الامتحانات إلى جانب مشاعر عدم التوافق والإحباط التي تبرز عندما يتعرف الطفل على حدود قدرته العقلية ، ومشاعر الذنب والخجل عندما يعرف المتخلف دراسياً أن تحصيله منخفض ، ويزيد الطين بلة أن الوالدين يعاقبان أو ينهران الطفل لأنه لا يقوم بعمله مما يؤدي إلى شعوره بأنه مهمل وكسول فينمو لديه شعور بالكراهية نحو المدرسة والدراسة وكل ما يرتبط بهما . وهذا يقلل من رغبة التلميذ في الدراسة ويؤدي إلى الإهمال ونقص الدافع للتحصيل ، واختلاف مستوى طموحه عن مستوى قدراته ، ذلك أن مستوى طموحه معبر عنه بالمهنة التي يفضلها يعد مستوى تخيليا غير واقعي – إذ بينت نتائج البحث أن ٤٨ ٪ يرغبون أن يكونوا ضباط طيران ، ١٣ ٪ أطباء ، وجدير بالذكر أنه يلاحظ استغراق المتخلفين دراسياً في أحلام اليقظة خاصة أثناء الدروس (زيمان Zeaman ، ١٩٥٨) .

ونتيجة لما ظهر من الدراسة أوصى الباحثون بما يلي :

- التمييز وعدم الخلط بين التخلف الدراسي والضعف العقلي .
- الاهتمام بتنمية « الشخصية الانجازية Achieveing Personality » من خلال التدريب والتوجيه في المنزل والمدرسة والمجتمع (فروست وهوكس Frost and Hawles ، ١٩٧٠) .
- الاهتمام باتخاذ التدابير الوقائية من التخلف الدراسي .
- الاهتمام بتعيين أخصائيين نفسيين وأخصائيين اجتماعيين بالمدارس .
- العمل على نمو مفهوم موجب للذات بصفة عامة ، وبخاصة عناصره المتعلقة بالدراسة والتحصيل الدراسي .

بالنسبة للنواحي الجسمية :

- العناية بالصحة الجسمية منذ الطفولة المبكرة وبصفة خاصة للمتخلفين دراسياً وتوفير الرعاية الطبية اللازمة لهم مع المتابعة الدورية المستمرة .

- الاهتمام بنمو وسلامة حواس التلاميذ ومراعاة ذلك في الموقف التعليمي بحيث يوزع التلاميذ في الفصل توزيعاً يتفق مع حالة حاسة السمع والبصر . كذلك يجب العناية بتصحيح أي نقص أو قصور في هذه الحواس .

- زيادة اللياقة الجسمية للأطفال بالاهتمام بالتربية الرياضية في المدرسة وتوفير الأماكن والأجهزة الملائمة لها واكتساب المهارات التي يستطيعون متابعتها واختيار الأوقات الملائمة لها في اليوم الدراسي .

- أن يكون لكل تلميذ بطاقة صحية تسجل فيها حالته الصحية منذ مولده وترافقه خلال مراحل الدراسة .

بالنسبة للنواحي العقلية :

- الاهتمام بتنمية القـــدرة العقلية العامة لدى التلاميذ ورعاية نموهم العقلي بما يتناسب مع قدراتهم .

- اتباع طريقة الخطوات القصيرة التي لا تقتضي إدراك علاقات كثيره معقده في الوقت الواحد .
- تدريب المتخلفين دراسياً على حل المشكلات عن طريق الأنشطة العملية بدلاً من اللفظية والرمزية .

- تدريب الذاكرة لدى المتخلفين دراسياً عن طريق حفظ المتشابهات والمتضادات وغيرها مع استخدام الوسائل السمعية والبصرية المناسبة .

- أن تركز المدرسة الابتدائية على ألوان النشاط الدراسي المرتبط بواقع البيئة والمبنى على الإدراك الحسي أكثر من بنائه على الإدراك العقلى .

بالنسبة للنواحي التحصيلية :

- العمل على رفع الكفاية التحصيلية وزيادة فعالية الاستعداد الموجود عن طريق زيادة الدافع وتغيير الاتجاهات السلبية وتنمية الثقة في الذات .

- الاهتمام باستخدام الوسائل السمعية والبصرية المعينة في التدريس للمتخلفين دراسياً .

- تطوير وتعديل وتبسيط المناهج الدراسية بما يحقق أفضل مستوى من النمو للتلاميذ المتأخرين دراسياً مع الاهتمام الفردي بحالة كل تلميذ .

- إعداد مناهج وبرامج دراسية خاصة للمتخلفين دراسياً لا تتطلب درجة عالية من الذكاء ولا تتضمن عمقاً أكاديمياً ، بحيث نعدهم للحياة ونمكنهم من إشباع حاجاتهم النفسية . (دي سيكو DeCecco ، ١٩٧٠) .

- الاهتمام بنوعية الكتب المقررة وطريقة طباعتها وتصويرها وتلوينها كوسائل هامة في نجاح العملية التعليمية وزيادة الأثر الناتج منها .

- أن يهتم المدرس بكل ما يحيط بالتلاميذ من ظروف مختلفة تؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة على تحصيلهم ونشاطهم الدراسي ، سواء كانت هذه الظروف تتعلق بالمدرسة أو المنزل .

- إدماج المتخلفين في ألوان النشاط المدرسي الذي يجذبهم إلى المدرسة والعمل المدرسي وإلى التفاعل السليم مع زملائهم وتزيد حبهم للمدرسة وتحول اتجاهاتهم السالبة إلى اتجاهات موجبة .

- تنويع الخبرات المدرسية حتى يحقق التلاميذ نمواً متوازناً في جميع النواحي الاجتماعية والنفسية والتربوية .

- العمل على تحقيق استمرارية عملية التعلم خاصة في حالات التخلف التي ترجع إلى أسباب صحية أو بسبب حادث أو بسبب اضطرابات أسرية أدت إلى انقطاع التلميذ عن الدراسة وتخلفه عن مستوى أقرانه في نفس السن تحصيلياً ، وأن يقدم المدرس معونة خاصة للتلميذ ليعوضه ما فاته ويشعره بالأمن والطمأنينة .

- إعداد برامج وخطط تعليمية علاجية خاصة للمتخلفين دراسياً يقوم بها معلمون متخصصون يستخدمون الطرق المناسبة للقدرات المحدودة للمتخلفين والتركيز على المحسوسات .

- على الأخصائي النفسي المدرسي أن يضطلع بدوره في تشخيص مشكلات التخلف الدراسي والعوامل المسببة له . فإذا كان يرجع إلى الضعف العقلي يجب إحالة التلميذ إلى إحدى مدارس ضعاف العقول ، وإذا كان يرجع إلى سوء التوافق وعدم القدرة على متابعة التعليم في المدرسة الحالية يجب إحالة التلميذ إلى مدرسة أخرى أكثر ملاءمة لشخصيته ، وإذا كان يرجع إلى مشكلات انفعالية أو اضطرابات نفسية يقوم بها هو بعلاجها — إن استطاع — أو يحيلها

إلى الأخصائيين حتى تتحسن صحة التلميذ النفسية ويستطيع متابعة الدراسة (فرج أحمد فرج ، ١٩٧٧) .

- على الباحثين الذين يستخدمون نتائج التلاميذ من واقع السجلات المدرسية أن يلتزموا جانب الحذر الشديد عند الربط بين الدرجات المدرسية للتلاميذ والعوامل النفسية الأخرى .وذلك للاختلاف بين أسس التقدير التي يستخدمها المدرسون عن تلك التي يستخدمها الباحثون .

- أن تقوم إدارات التعليم باختيار النظام الأنسب لبيئة المملكة العربية السعودية في تعليم المتخلفين دراسياً من حيث النظم التالية :

* وضعهم مع التلاميذ العاديين في نفس الفصول في المدرسة .

* عزلهم في فصول خاصة داخل المدرسة العادية .

* فصلهم في مدارس خاصة بهم .

ومعروف أن لكل نظام مزايا وعيوبا ، ولكن تقرير النظام الأمثل يحتاج إلى دراسة خاصة بالبيئة التي يعيش فيها التلميذ .

بالنسبة للنواحي الاجتماعية :

- الاهتمام بدراسة حالة أسرة الطفل المتخلف دراسياً وخلفيته الاقتصادية الاجتماعية ، والظروف التعليمية في الأسرة وأثرها على نموه العقلي والتحصيلي .

- العمل على اتباع الأساليب التربوية السليمة في تنشئة الأطفال خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة .

- العمل على رفع المستوى الاقتصادي الاجتماعي وتحسين الظروف السكنية للأسرة ومحو الأمية عند الوالدين ، تحقيقاً للظروف الملائمة للتحصيل الجيد وتجنباً لاحتمال حدوث التخلف الدراسي .

- العمل على تعديل البيئة الاجتماعية للتلميذ المتخلف دراسياً بعد دراستها دراسة وافية بما يحقق العلاج المطلوب .

- العمل على تجنب كل ما يؤدي إلى التفكك الأسري واضطراب الجو الأسري حتى نتجنب ما قد يؤدي إلى التخلف الدراسي .

- حماية التلميذ المتخلف دراسياً – الذي يترك المدرسة – من الانحراف الاجتماعي .

بالنسبة للنواحي الانفعالية :

- الاهتمام بإشباع الحاجات الأساسية للتلاميذ المتخلفين دراسياً . وقد أوضحت الدراسات السابقة أهمية الدور الذي تقوم به الأسرة وظروفها الاجتماعية والاقتصادية مع إبراز أهمية الجانب الانفعالي والدفء العاطفي في الأسرة (مختار حمزة Hamza ، ١٩٥٢) .

- أن يكون فطام الطفل في الوقت المناسب بحيث لا يكون مبكراً جداً ولا متأخراً جداً ولا إجبارياً .

- الاهتمام بتنظيم (مواعيد النوم حتى يستيقظ نشطاً ويقبل على الدراسة . ويجب ألا ينام الطفل في نفس الحجرة مع والديه .

- عدم التفرقة في معاملة الأطفال حسب ترتيبهم في الأسرة أو حسب جنسهم .

- العمل على علاج أي مشكلات انفعالية مسببة أو مصاحبة للتخلف الدراسي . وعلى كل من المربين والآباء الاهتمام بتهيئة الجو النفسي الاجتماعي الذي يتيح للتلاميذ الأمن والشعور بالانتماء ومساعدتهم على تخطي العقبات التي قد تؤدي بهم إلى الفشل والإحباط وعدم القبول أو اللوم من جانب الآخرين وحتى لا يستجيب لها التلميذ بصورة من صور التوافق السيء .

توصيات إرشادية وعلاجية :

- التعرف المبكر على التلاميذ المتخلفين دراسياً خاصة خلال الثلاث سنوات الأولى من المرحلة الابتدائية حتى يمكن اتخاذ اجراءات التصحيح والعلاج المبكر .

- توفير أدوات التشخيص مثل اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل المقننة وغيرها .

- استقصاء جميع المعلومات الممكنة عن التلميذ المتخلف دراسياً خاصة الذكاء والمستوى العالى للتحصيل وآراء المدرسين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والأطباء إلى جانب الوالدين .

- توفير خدمات التوجيه والإرشاد العلاجي والتربوي والمهني في المدارس لعلاج مشكلات هؤلاء التلاميذ نفسياً واجتماعياً وتربوياً ومهنياً مع زملائهم العاديين وتوجيههم لمواجهة الحياة العملية في المستقبل .

- أن يقدم الخدمات المتخصصة للتلاميذ المتخلفين دراسياً فريق متكامل متعاون يجمع بين المدرسين والأخصائيين والوالدين .

- الاهتمام بدراسة الحالات الفردية للتلاميذ وعدم المغالاة في تطبيق القواعد العامة على الحالات الفردية مع الاهتمام بحفظ السجلات المجمعة لهم .

- عرض حالة التلميذ على الطبيب النفسي عند الشك في وجود اضطرابات عصبية أو إصابات بالجهاز العصبي المركزي وغير ذلك من الأسباب العضوية .

مَراجع الفصل التاسع

- أحمد الخطيب (١٩٧٠) . التأخر الدراسي بين التشخيص والعلاج . رسالة المعلم . شباط نيسان . ص ٤٢ – ٤٩ .

- جابر عبد الحميد جابر وآخرون (١٩٧٤) . التأخر الدراسي للمرحلة الابتدائية . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨) . الصحة النفسية والعلاج النفسي . (ط ٢) . القاهرة : عالم الكتب .

- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٥) . علم نفس النمو . عالم الكتب . القاهرة .

- حامد عبد العزيز الفقي (١٩٧١) . التأخر الدراسي : تشخيصه وعلاجه . القاهرة : عالم الكتب .

- سالم محمد غانم (١٩٧٣) . مشكلة التخلف في التعليم الابتدائي وخطة علاجها . صحيفة التربية . مايو . ص ١٤ – ١٩.

- الشئون الفنية « البحث والتحليل التربوي » إدارة التعليم بمنطقة الرياض (١٩٧٧) . عوامل التأخر الدراسي : أسبابه وعلاجه « الدراسة النظرية » . الرياض : إدارة التعليم بمنطقة الرياض . (بحث غير منشور) .

- عبد العزيز القوصي (١٩٦٩). أسس الصحة النفسية . (ط ٩) . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

- فرج أحمد فرج (١٩٧٧) . علم النفس والمدرسة . مجلة كلية التربية ، جامعة الملك عبد العزيز بمكة المكرمة . العدد ٣ . ص ٦١ – ٧٨ .

- فؤاد أبو حطب (١٩٧٦). التقويم والقياس النفسي . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

– فؤاد أبو حطب وآخرون (١٩٧٧) . تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة على البيئة السعودية . مركز البحوث التربوية والنفسية بكلية التربية بمكة المكرمة : مطبوعات جامعة الملك عبد العزيز .

– لوجال ، أندريه (ترجمة) حسن الحريري وآخرون (د . ت) . التأخر الدراسي : تشخيصه وتقويمه . القاهرة : دار النهضة العربية .

– محمد جميل يوسف وفاروق عبد السلام (١٩٨٠) . النمو من الطفولة إلى المراهقة . تهامة مكة المكرمة .

– محمد جميل يوسف وآخرون (١٩٧٩) . التخلف الدراسي في المرحلة الابتدائية . دراسة مسحية في البيئة السعودية . مركز البحوث التربوية والنفسية – كلية التربية بمكة المكرمة .

– محمد رياض عبد الخالق عزيزة (١٩٧٥) . دراسة مقارنة بين التلاميذ المتخلفين في التحصيل الدراسي وعلاقة ذلك بميولهم المهنية . رسالة ماجستير . كلية التربية – جامعة عين شمس .

– هدى عبد الحميد برادة وحامد عبد السلام زهران (١٩٧٤) . التأخر الدراسي : دراسة كلينيكية لأسبابه في البيئة المصرية . القاهرة : عالم الكتب .

– وزارة المعارف « بالمملكة العربية السعودية » : المديرية العامة لرعاية الشباب ، إدارة التربية الاجتماعية (د . ت) . بحث اجتماعي لدراسة أثر البيئة الاجتماعية على العملية التعليمية . الرياض : وزارة المعارف .



— Baily, R,C, (1971). Self-concept differences in low and high achieving students. J. Clin. Psychol., 27, 188–191.

— Bernard, H,W, and Fullmer, D.W. (1969). Principles of Guidance. Bombay : Allied Pubklishers.

— Burt, C. (1937). The Backward Child. London: University of London Press.

— Campbell, M,G. (1957). A study of scholastic accomplishment in secondary school fine arts in raletion to pupils relative performance for this subject. Dissertation Abstracts, 17, 1–2, 269–270'.

— DeCecco, J.P. (1970). The Psychology of Learning and Instruction : Educational Psycology. New Delhi : Prentice-Hall of India.

— Eysenck, H.J. (1072). Encyclopedia of Psychology. Vol. I'. New York : Seabury Press.

— Frankel, E. (1906). A comparative study of achieving and underachieving high school boys of high intellectual ability. J. Educ. Research, 53, 172–180.

— Frost, J.L. and Hawkes, G.R. (1970). The Disadvantaged Child. (2nd Ed.). Boston : Houghton Mifflin.

— Hamza, M. (1952). Retardation in Mathematics amongst Grammar School pupils. Brit. J. Educ. Psychol., 22, 189–195.

— Hollon,T.H. (1970). Poor school performance as a symptom of masked depression in children and adolescents. Amer. J. Psycholother., 25, 258–263.

— Hurlock, E.B. (1972). Child Development. (5th Ed.). New York : McGraw-Hill.

— Isaacs, Susan (1932). The Children We Teach. London : University of London Press.

— McCollum, P.S. (1971). Group counseling as an adjustive remediation technique for learning disabilities. Dissertation Abstracts, 32, (4B), 2404.

— Minium, E.W. (1970). Statistical Reasoning in Psychology and Education. New York : Wiley.

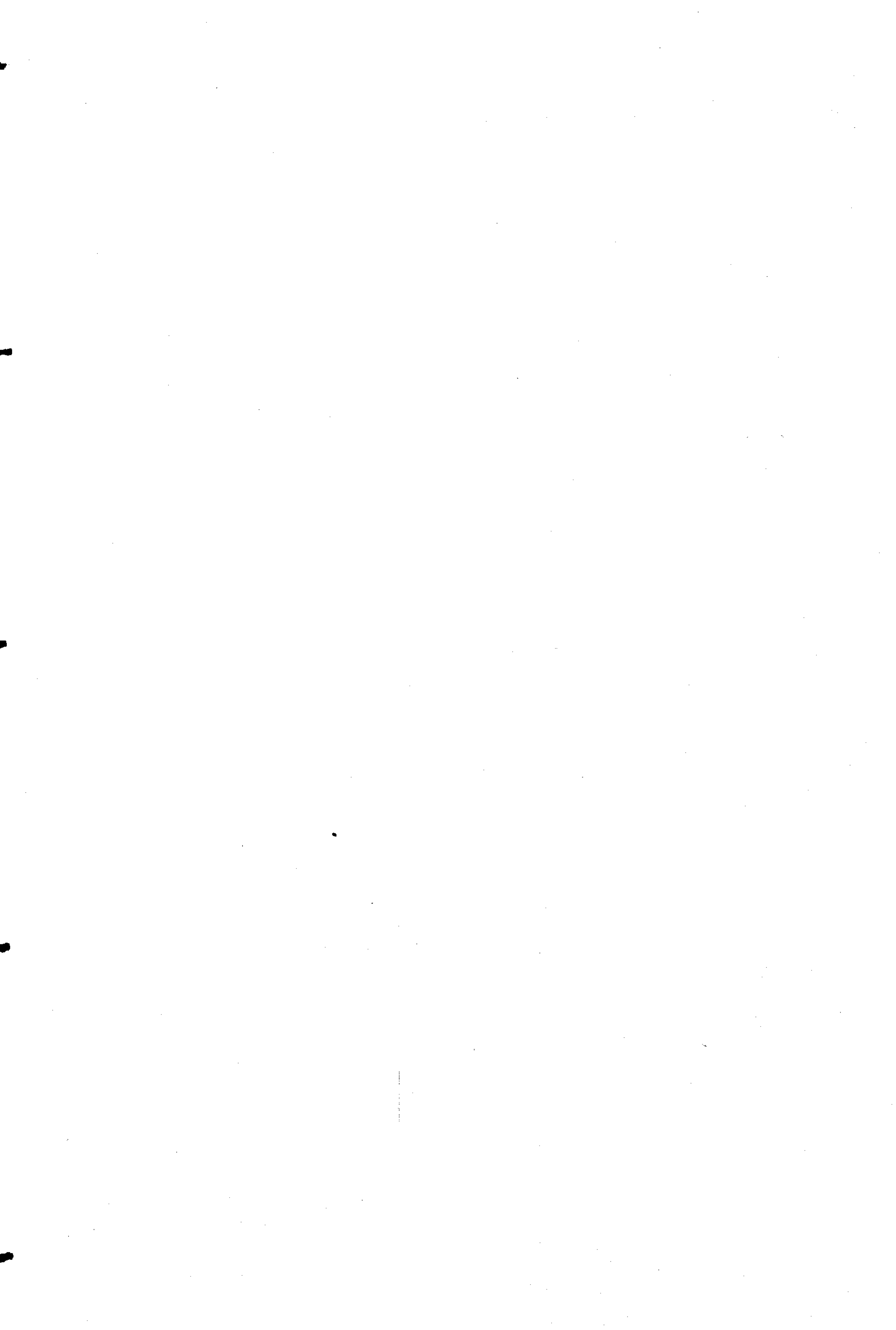
— Oeser, O.A. (1973). Teacher, Pupil and Task. London : Social Science Paperbacks.

— Roy, J.J. (1972). A study of the process and outcomes of a group schievement counseling program for "under-achieving" students. Dissertation Abstracts, 32, (7A), 3702.

— Smith, J.G. (1957). A study of scholastic accomplishment in secondary school mechanical arts in relation to pupil's relative performance for this subject. Dissertation Abstracts, 17, 5-6, 1014-1015.

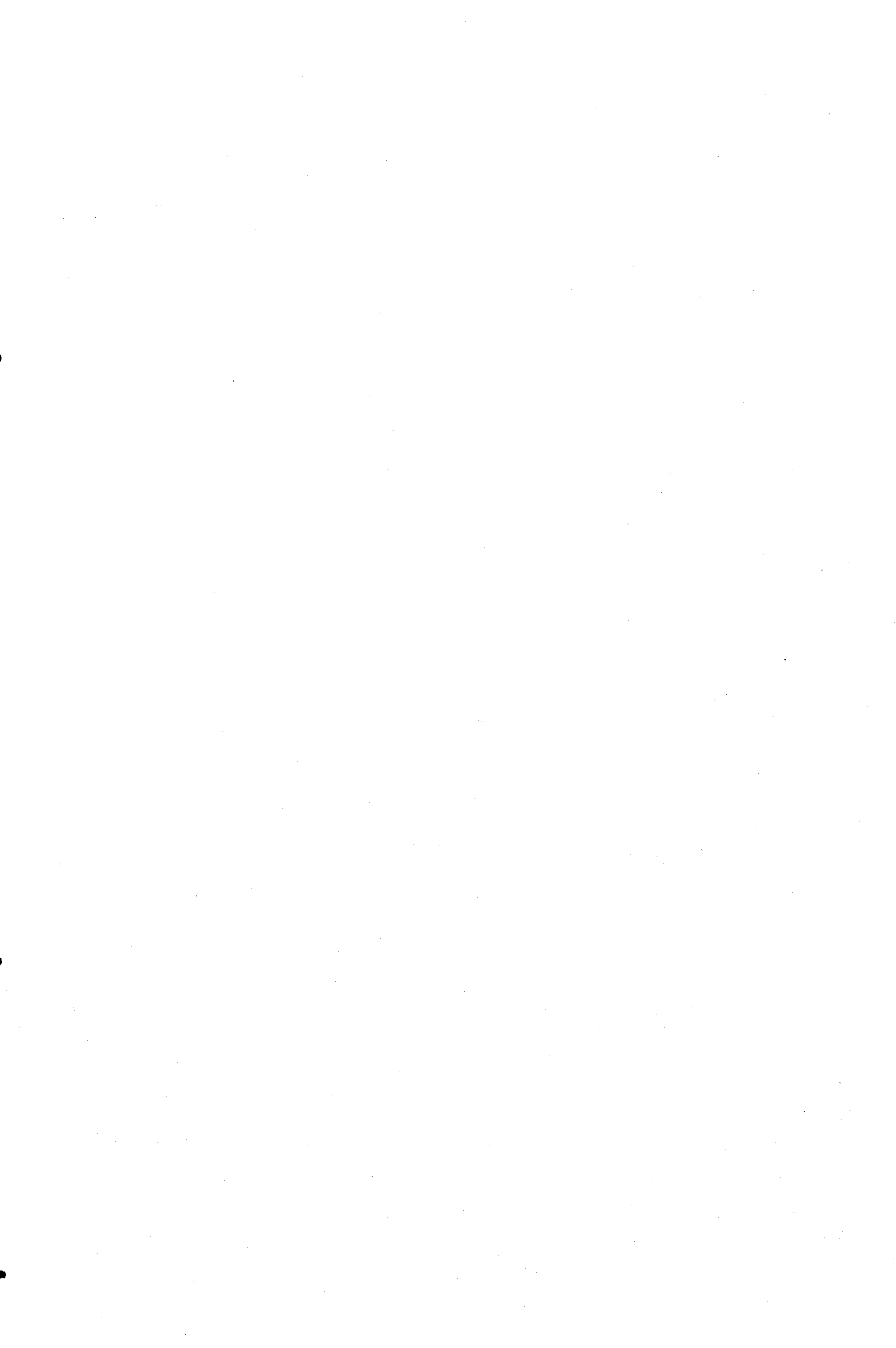
— Thorndike, R.L. (and Hagen, E. (1969). Measurement and Evaluation in Psychology and Education. (3rd. Ed.). New York : Wiley.

— Zeaman, J.B. (1958). Some of the personality attributes related to achievement in college : A comparison of men and women students. Dissertation Abstracts, 18, 290-291.



الفصل العاشر

النُّمُو الجِنسي



النمو الجنسي

يعد فرويد أول من وضح التأثير المهم للسنوات الاولى من العمر على حياة وشخصية الفرد فيما يعد ، وكمتعمق في علوم الحياة Biology يعتقد أن التعليم في المهد يؤثر تأثيرا مهما على الكائن النامى فيصبح بعد ذلك سويا أو لاسويا . ولفرويد كثير من الآراء المقبولة التى تدور حول سببية السلوك، وأنه لا يوجد سلوك عشوائي أولا معنى له ، وأننا لكى نفهم السلوك التالى علينا أن نفهم النمو في المهد والطفولة المبكرة. وتكمن جذور الشخصية في رأى فرويد في العوامل البيولوجية. فالشخصية تتشكل خلال التفاعل بين التعليم وبين الانظمة العضوية الثلاثة الهامة التالية :

- الفم والطعام .

- الشرج والاخراج .

- أعضاء التناسل والتناسل .

وقد ربط فرويد بين هذه الاجهزة العضوية والعمليات المتعلقة بها وبين الجنس في المهد .

الجهاز الفمى :

يسيطر الجهاز الفمى خلال العام الاول من الحياة وتنشأ أولى خبرات الطفل بالاشباع أو عدم الارتياح وبالعلاقات الانسانية المريحة أوغير المرضية عن طريق الفم وموقف التغذية. والحرمان من الطعام أوالمعاملة القاسية يؤذيان الطفل لما يرتبط بهما من خوف وقلق، فيوجه جزءا مهما من طاقاته النفسية لمواجهة القلق وعدم الامن اللذين يشعر بهما. وبمعنى آخر يحدث تثبيت على المرحلة الفمية ، وان لم تتعدل ظروفه إلى ماهو أفضل استمر في المعاناة من المشكلات التى تولدت في هذه المرحلة المبكرة من النمو .

ويتميز البالغ الذى حدث له تثبيت fixation على المرحلة الفمية بسبب الحرمان بالتعاسة والعجرفة والعدوان والتبرم والتنافس والشك والاكتئاب والتهكم .

ومن المفروض أن يؤدى موقف التغذية الذى يتصف بالكرم والارتياح إلى طفل وبالغ ذى شخصية تتصف بأنها متعاونة ومسالمة وصدوقة ومتفائلة تتسم بالأخذ والعطاء .

وعندما تتوفر الحماية الفمية الزائدة بجانب نقص في التشجيع على تخطى هذه المرحلة إلى المرحلة التالية لها من النمو — أو عندما تكون الظروف خلال المراحل التالية قاسية وغير مجزية وغير مرضية قد يتحول الطفل إلى التثبيت الفمى ولكن بطريقة مختلفة ، حيث تشيع مشاعر غير واقعية بالأمن والثقة بالنفس ونجد الفرد مندفعا في ثقته بالاخرين ، وفي نفس الوقت يتوقع من الاخرين ان يقدموا له كل شيء . وعلى سبيل المقارنة فانالرضيع المحروم فميا يصل إلى النضج مبكراً ويصبح مكتفيا بذاته لكنه في نفس الوقت غير آمن ومتردد . ولذلك يكون مجبرا على انواع من السلوك اللاارادى الذى لا يثق في نتائجه والذى يعتمد فيه على الآخرين .

الجهاز الشرجي الإخراجي :

يسيطر الجهاز الشرجي الإخراجى بعد الجهاز الفمى بل ويتداخل معه خلال هذه الفترة(من نهاية العام الاول أوسن ١٨ شهراً وحتى العام الرابع) ويفرض على الطفل أن يتفوق على إرادته في سبيل ارادة والديه ، وأن يمنع عن نفسه اللذه خضوعا لمطالب المجتمع. ويتعلم الطفل خلال هذه الفترة مبادئ الضبط والتحكم: أن يكبح طواعيه وأن يرسل المواد الاخراجية في الموعد والمكان المناسبين .

ان الشخصية الشرجية (التثبيت على المرحلة الشرجية) طبقا لفرويد تنشأ من التدريب المبكر جداً أو القاس جـــداً على ضبط الإخراج . وتتميز هذه الشخصية بالمبالغة في التنظيم والبخل والشح والعناد . واذا لم تنجح وسائل التدريب الوالدية مع الطفل ظهرت في الكبر سمات أخرى مثل : الاسراف وعدم الدقة في المواعيد والتهور والتردد . وفي هذه المرحلة تنموسمة الإعتماد على الكبار بصورة طبيعيـــة أو شاذه، أما السمة المهمة الخاصة بالاستقلال فيعتقد أنها تتكون أو تعوق خلال مرحلةالنمو الشرجى . ويعد التدريب القاسى على ضبط الإخراج معوقا للميل الطبيعى لدى الطفل نحو الاستكشاف ، كما يتسبب في أن يصبح خجولا مما يؤدى به إلى النكوص إلى المرحلة الفمية ، والاعتماد على الكبار والفشل في تنمية الثقة بالنفس والاستقلال وسلوك حل المشكلة .

ويشبه التثبيت الشرجى التثبيت الفمى في أن كل منهما يمكن أن يحـــدث بسبب الحرمان

أو الاشباع الزائد . فالموقف الذى يتضمن كثيراً من الحب المصحوب بزيادة في اشباع حاجات الطفل دون حدود – قد يؤدى إلى كثير من الا فراط . واذا كان التثبيت نتيجة للإفراط فمن المتوقع ان تتميز الشخصية بزيادة في الثقة بالنفس ونقص الاحساس بحاجات الآخرين والسيطرة الاجتماعية المتطرفة .

وهناك حقيقتان تشتركان في حدوث التثبيت خاصة في حالة اقامة حدود زائدة على اشباعات الطفل أكثر منها في حالة التساهل الزائد . أولها ان الحدود الضرورية للسلوك يجب ان تفرض على اطفال هذه المرحلة لحمايتهم من الاضرار الجسمية ، وثانيها أنه حتى لوكان الآباء اكثر تسامحا فان الاطفال يواجهون الحدود التي يضعها زملاء اللعب والبالغون غير آبائهم .

المرحلة الامامية :

يصبح الطفل خلال المرحلة الامامية (فيما بين ٥ر٣–٥ أو ٥ر٥ من العمر) مزهوا بقــوته وبجسمه . وهنا كما يقول فرويد فان المعاملة القاسية والمقيدة جداً للطفل تدمر ثقته بنفسه وحبه للاستطلاع وطموحه ، كما تثير قلقه نحو جسمه ووظائفه الطبيعية وخاصة منطقة السلوك الجنسى .

ولا يعد التثبيت على هذه المرحلة من خلال الاشباعات الزائدة من الأمور المفضلة في ثقافتنا – حيث يشيع عدم تشجيع الجنسية الطفلية بين الغالبية . وحتى لو تميزت معاملة الطفل بالتساهل من قبل الآباء فانه سيواجه المحرمات من خلال أصدقائه وامهاتهم ومن خلال الكبار الاخرين الموجودين في عاله .

ومن الامور الجوهرية في نظرية فرويد عن نمو الشخصية ما ذكره عن عقدة «أوديب» وما يمكن ان يترتب عليها . فلكى يحدث النمو العادى – فعلى الاولاد أن يتخلوا عن التعلق الشديد بأمهاتهم ، وان تقوم البنات بنفس الشئ بالنسبة لآبائهن ، فيحل الصراع الاوديبى الذى يفترض انه يحدث فيما بين ٥–٦ أو ٧ من العمر – بالتوحد مع الاب من نفس الجنس . وعندما يحل الصراع الأوديبى بنجاح – يتخذ الطفل اتجاها طبيعيا وسهلا وايجابيا نحو ذكورته والبنت نحو انوثتها . وعندما لا تحل عقدة اوديب لسبب او لآخر – كما في حالة وجود آباء يتميزون بالقسوة أو بالنبذ أو الحماية الزائدة من كلا الجنسين – فقد يتوحد الطفل مع الأب من الجنس المخالف ويتأخر انتقاله للمرحلة التالية من النمو . وامثلة هذا النوع : الجنسية المثلية ، والضعف الجنس أو البرود الجنسى . وكما في حالة المرحلة الفمية توجد أسباب مختلفة للسلوك المتشابه . فقد توجدفتاة تتميز بالجنسية المثلية لوجود ام قوية ولطيفة وأب ضعيف – واخرى لان واللدها قاس ونابذ ولكن بدرجة أقل من الام .

وفي سبيل حل الصراع الأوديبي فان الطفل يقمع رغباته الجنسية الطفلية والاوهام البدائية المتعلقة بالأعضاء الفمية والشرجية . هذا القمع يعد مؤشرا لبدء مرحلة الكمون التي تتميز باتجاه واقعي نحو الجنسية ونقص فيها . وتعود الصراعات والاوهام الطفلية إلى الظهور في المراهقة حيث تبدأ الاعضاء التناسلية في النضج. ولكن لو أن هذه الصراعات وتلك الاوهام قد عولجت بحكمة من قبل الآباء والكبار الآخرين ذوى التأثير المهم على الطفل – لانتقل الطفل بسهولة إلى النضج الطبيعي الذى يميز الجنسية الغيرية حيث يصبح قادرا على ان يعطى وان يأخذ الحب .

ولقد انتقد الكثيرون مفهوم « فرويد » عن النمو النفسي الجنسى من كون اكثرها مشتقامن أحاديث الكبارعن أطفالهم اكثر من اشتقاقها من الملاحظات المستمرة للاطفال وذلك رغم وجود علاقة واضحة بين مراحل النمو الجنس ومراحل النمو عامة .

ويلاحظ أن مراحل النمو الجنسى الثلاث الاولى – الفمية والشرجية والامامية تنسجم بسهولة مع التعلم الاجتماعى وتحليل الشخصية – فهى تتضمن أنظمة عضوية تخضع للتدريب في كل الثقافات . لكن النقد الاساس كان موجها « لعقدةأوديب» واقرار « فرويد » بشيوعها . ورغم ان عقدة أوديب تلقى تفهما في المنازل الاوربية والامريكية وعلى الاخص منازل الطبقة المتوسطة – فانها اقل اتفاقا مع البناء الاسرى في ثقافات اخرى خاصة تلك التى تتعدد فيها الزوجات .

ويذكر فرويد أن الاولاد فيما بين ٥–٦ من العمر يتخلون عن فكرة الاتصال الجنسى بالمحارم، ويرجع ذلك إلى نوعين من الظروف المتعلقة ببعضها .:

الأول : هو الخوف من الأب ذىالسلطة القوية والتلف الذى يمكن ان يحدثه في الطفل (الخوف من الاخصاء) .

الثاني : حب الاب الذى يمكّن الاولاد من التوحد معه .

لكن كيف يتكون مفهوم الاب القوى المتسلط المخيف الخطر في ثقافات حيث الاب لطيف غير حاد ودوره ثانوى في الاسرة – أمادور الام او الخال فهما رب الاسرة المسيطر . فالملاحظ ان الاولاد في هذه الثقافات يشبون وليس لديهم ما يشير إلى وجود حالة تثبيت على الام او ضعف في ذكورتهم عن اولاد الثقافة التى ننتمى اليها . كما يبدو على هؤلاء الاولاد القليل جداً من المشكلات الجنسية .

وبصرف النظر عن النقد الذى وجه إلى « فرويد » – فلم يتقدم احد بأبعاد جديدة للنمو تمثل تعديلا مهما للمفاهيم التى قدمها . لقد قدمت النظرية الوراثية عن النموالجنسى النفسى اسهامين لهما قيمتهما بالنسبة للتفكير الذى يدور حول تكون الشخصية .

الأول : أن كل السلوك سببى وبالتالى فهو يخضع لقوانين محددة ، وأن البحث عن أسباب السلوك هو العمل الاساسى لعلم النفس .

الثاني : ان العقل والعاطفة لا يعملان في فراغ – بل انهما ينموان ويعملان من خلال التكوين والوظيفة البيولوجية والفسيولوجية .

ومن نواحى النقد الاخرى التى وجهت لفرويد ما يلى :

١ – يعتقد الكثيرون أنه يؤكد بشدة على تأثير الحاجات البيولوجية والعضوية على الشخصية . ومع ذلك نجده قد اعطى اهمية كبيرة للتفاعل بين التعلم وبين تلك الحاجات العضوية .

٢ – صعوبة وضع مقاييس مستقلة لتقدير قوة الحوافز العضوية لدى الرضيع وصغار الأطفال (على الاقل حاليا) أو وضع تصور لعملية التعلم كما تحدث في المهد والطفولة المبكرة . وعلى سبيل المثال فاننا يمكننا أن نستنتج قوة الحافز الفمى للرضيع والطريقة التى استخدمت في الاشباع من سلوك الطفل الكبير او الشخص البالغ أو من خلال استفتاء الام عن اسلوبها في تدريب وتنشئه الطفل . ولا يعد قياس الدوافع وظروف التعلم عن طريق الاستنتاج من السلوك المتعلق بها أمرا مفيداً جداً من الناحية العلمية .

رأى مدرسة التحليل النفسى الجديدة :

تختلف وجهة نظر « سوليفان Sullivan (١٩٤٧م)» عن « فرويد» في عدة أمور مهمه ، فقد تحدث عن مراحل النمو والمشكلات المتعلقة بها ولكن بطريقة مختلفة . فبينما تتحدد المراحل لدى «فرويد» من خلال عمليات النضج الجسمى –فان سوليفان يعطى أهمية كبيرة لعلاقة التفاعل القوى بين الطفل – كذات نامية – وبين الناس الاخرين في بيئته . ويؤكد «فرويد» على حاجات الاجهزة العضوية للطفل من العالم المحيط به ، وعلى نتائج القصور أو المبالغة في اشباع هذه الحاجات بينما يؤكد « سوليفان » على طريقة ادراك الطفل لعالمه وطريقة توافقه معه . ويقل اهتمامه عن « فرويد » بمراحل النمو . اما المفاهيم الاساسية في نظرية «سوليفان» لنمو الشخصية فهى :

١ – Euphoria انشرح ونشوة .

٢ – Tension توتر .

٣ – Dependence إعتماد .

فالانشراح الكامل يتساوى مع التوازن الكلى للكائن ، والتوتر الكامل يتساوى مع أقصى انحراف ممكن عن حالة الانشراح . كما يميز «سوليفان» بين التوتر المتعلق بالحاجات العضوية الذى يقل عن طريق الاشباعات الخاصة بها — وتوتر القلق الذى يتميز بأنه غير محدد وداخلى ويقل عن طريق مشاعر الأمن .

ويفترض أن تتكون خبرات الطفل المبكرة من حالات غير متمايزة الارتياح (اتزان وانشراح) وعدم الارتياح (عدم اتزان وتوتر) . فليس الطفل على وعى بالجوع والعطش والبرد وما شابه ذلك — فلم يتعلم بعد ان يتحقق من الاشباعات المحددة التى سوف تخفض حالة التوتر . وزيادة على ذلك — فمن الامور المهمة في نظرية « سوليفان» ان الطفل يعتمد اعتمادا كليا على مساعدة الاخرين في اشباع حاجاته .

وبالتدريج — وكنتيجة لتناوب حالات التوتر وخفض التوتر تحتل انواع معينة من التعلم مكانها . فيتعلم الرضيع أن موضوعات او انشطة معينة ستخفف من انواع معينة من عدم الارتياح ، فيتوقف عن البكاء عند رؤية الثدى أو الزجاجة بدلا من الاستمرار في البكاء حتى تصل الحلمة إلى فمه . وفي نفس الوقت يتعلم شيئا كبير الاهمية وهو ان حالة عدم الارتياح هذه تنتهى عادة بسرعة اولا تنتهى . ومن تلك الخبرات المبكرة غير المتمايزة نسبيا والسابقة لاكتساب اللغة — والخاصة بحاجاته واشباعاتها — تنشأ بعض التوقعات العامة التى من وجهة نظر البالغين قد يمكن تسميتها باتجاهات الثقة أو عدم الثقة ، الامن أو عدم الامن .

ويجب أن نذكر هنا ان «سوليفان» يربط قليلا من الاهمية بالفشل البسيط في اشباع حاجات الطفل (كما في حالة غياب الام المؤقت مثلا) ، بينما يعطى اهمية اكبر لما يصيب الطفل من احباط غير مقصود يبعث القلق في موقف يتوقع فيه حدوث الاشباع .

ان القلق ينشأ اساسا في الرضيع من قلق الام (وقد لا يكون قلق الطفل مبعثه نوع التفاعل بين الطفل والام) وذلك من خلال عملية يسميها «سوليفان» التقمص العاطفى **empathy** ويعنى بذلك ان الامر لا يخرج عن مجال الادراك الحسى وانه مجرد شعور ينصب على مؤشرات دقيقة للغاية . وبمجرد مرور الرضيع بانفعال القلق غير السار يصبح هذا الانفعال محورا مهما في سلوكه التالى .

يتعلم الطفل بعد ذلك ان يميز بين بعض الامور على اساس القلق . فيميز في اول الامرين الام الطيبة (التى تشبع حاجاته) وبين الام السيئة (الباعثة للقلق) . بعد ذلك يميز (عن طريق تجسيد الصفة بربطها بشخص معين) الذات الطيبة (التى تكافأ من الام الطيبة) والذات السيئة (التى تعاقب من الام الباعثة للقلق) وبمعنى اخر فان اوليات ما سيسمى بعد ذلك بمفهوم الذات تنشأ من تقييمات الاخرين المهمين في حياة الطفل .

وتبدأ عمليات التمييز المختلفة – التى تمثل الارتباطات المبكرة للقلق بأنواع معينة من السلوك او المواقف التى تتضمن الذات والناس الاخرين – مبكرة جداً قبل ان يتمكن الطفل عن طريق اللغة من ان يحدد بدرجة سليمة او بدقة ما الذى يتضمنه بالضبط ذلك الشئ الباعث للقلق وما هى الامور السيئة والتى عليه تجنبها .

وتبدو أهمية تخطيط «سوليفان» للنمو في تحليله للخبرة إلى ثلاثة أشكال توضح كيف تحدث عملية التعلم هى :

١ – السلوك المبهم prototaxic وهو اول اشكال الخبرة بالعالم،حيث يعرف الرضيع الحالات المتكررة السريعة فقط ، ويميز بطريقة مبهمة – اذا كان هناك تمييز على الاطلاق – بين جسمه وبين ما يحيط به ، وخبراته غير متمايزة ودون حدود معينة .

٢ – السلوك غير المترابط parataxic حيث يبدأ الطفل في التمييز بين الخبرات وفي ربطها بمعان معينة ، ولكن هذه المعاني ليست ذات صلة منطقية ، وكثير منها خاص جداً وذاتي. وعند ما يشيع معنى معين او يصبح مشتركا(عندما يعنى الكرسى لديه كرسيا باستمرار كما يعنى بالنسبة للمحيطين به) نقول ان هذه المعاني قد ثبتت لا اراديا ، وان الخبرة قد أصبحت في صورة صحيحة ، والمعاني الصحيحة تتبع المنطق والواقع .

الأعضاء الجنسية والسلوك الجنسى :

يصل الكائن البشرى إلى النضج بعد سلسلة معقدة من عمليات النمو . أما النضج الجنسى فيتأخر إلى ما بعد حدوث أغلب النمو الجسمى والعضلى ، وفي الوقت الذى يبطئ فيه النمو الجسمى إلى أن يتوقف تبدأ الخصائص الجنسية الاولية والثانوية في النمو سريعا لتصل إلى النضج . وكثيرا ما يحدث للولد الذكر والولد الصغير انتصاب في القضيب – لكن القدرة على اداء عملية التكاثر – اى عملية الانتصاب وقذف سائل يحتوى على حيوانات منوية ناضجة – لا يتم الا بعد البلوغ . ومع ذلك يبدو على الاطفال اولاد او بنات منذ المهد انهم تنتابهم حالات تشبه نشوة الجماع أو النشوة الجنسية Orgasm .

وتتميز البنت التى دخلت مرحلة البلوغ الجنسى بنزول دم الحيض ، وهو عبارة عن انفصال النسيج المغذى – الذى يصاحب عملية التبويض – عن جدار الرحم . وتحدث هذه العملية شهريا وتكاد تكون بانتظام طوال سنوات خصوبتها . ويلاحظ عدم انتظام الدورة الشهرية بعد اول

دورة ــ كما تحدث فترة من العقم تستمر عاما أو عامين بعد أول حيض وان كان الامر يختلف من فرد لآخر . هذه الفترة التى تكون فيها البنت غير قادرة على الانجاب تمثل فترة نضج للجهاز التناسلى قبل ان يقوم بعمليات الحمل والأمومة .

وليس من المعروف بالضبط اذا ما كانت فترة العقم التى تحدث للبنات بعد اول حيض تحدث بعد البلوغ لدى الذكور ايضا. ومن الصعب عادة وضع محك للنضج الجنسى لدى الاولاد كما في حالة البنات ، فانتقالهم من الطفولة إلى المراهقة لا يتم فجأة بل تدريجيا . وطبقا لـ « كنزى وبوميروى ومارتن Kinsey, Pomeray and Martin (١٩٤٨) فان المراهقة المتوسطة والمتأخرة تعد في ثقافتنا وقتا غير مسموح فيه عامة بالنشاط الجنسى الحر ،لان هذه الفترة يتميز الاولاد فيها بدوافع وامكانيات جنسية عالية .

ومن المؤلم حقا أن يسعى غالبية الاولاد في الثقافة الامريكية وراء الجنس بنشاط طلباللنشوة قبل الزواج . وتتسامح بعض الثقافات مع الاولاد عن البنات في ذلك ويذكر «كنزى» ان الحافز الجنسى لدى الذكور يتميز عليه لدى الاناث بانه ملح ومن السهل استثارتهعن طريق التخيل والصور وغيرها من الرموز كما أن العضو الجنسى الذكرى ملموس ومن السهل على الطفل تناوله واللعب به . وحتى دون اللعب به فان ضغط السائل المنوى يحدث انتصابا أثناء النوم . ولذا فان اغلب الاولاد يمرون بحالة الشوة الجنسية في بعض الاحيان او كثيراً خلال الليل وهو ما يسمى بالاحتلام wet dreams .

أما البنات فهن اقل خبرة بالنشوة الجنسية قبل الزواج ، كما ان النشوة التلقائية أقل كثيراً في حدوثها بينهن عن الاولاد . وايضا فان عملية الاستمناء الذاتي طلبا للشهوة بين البنات أقل من البنين . كما يلاحظ في إطار القيم الدينية التى تحكم السلوك الجنسى فان اغلب البنات يحافظن على عذريتها حتى الزواج دون اتصال جنسى بالذكور . ويلاحظ ايضا انه كلما ارتفع المستوى التعليمى للاولاد كلما قلت نسبة من يمارس الاتصال الجنسى منهم بالجنس الاخر قبل الزواج . كما ان حدوث الاتصال الجنسى بين الجنسين قبل الزواج في الطبقة الدنيا اكثر من الطبقات المتوسطة وان كان الاستمناء الذاتي كثير الحدوث في الطبقة الاخيرة . ويميل الذكور الذين يبكرون في النضج الجنسى لان يكونوا اكثر من حيث النشاط الجنسى بانواعه المختلفة عن المتأخرين في النضج لكن لا ينطبق الامر على الاناث .

ويميل الذكور في الانواع المختلفة إلى الجنسية المثلية بنشاط كما يذكر ذلك «كنزى» ، ويذكر ايضا ان الاستجابات الجنسية المثلية وصولا إلى درجة النشوة الجنسية لدى البنات اكثر من البنين ، وان هذه الحالة تنتشر بين ذكور الطبقة الدنيا اكثر من الطبقة المتوسطة .

ويبدأ الغزل مع الجنس الاخر مبكراً وبنشاط وقوة لدى بنات الطبقة الدنيا وتحاط البنات في الطبقة المتوسطة بالملاخظة والاشراف الدقيقين منعا لأى اتصال جنسى مع الذكور. ويختلف الذكور عن الاناث من حيث النمو الجنسى — ولا يستيقظ الجنس لدى البنت الصغيرة ولا تشعركثيرات من البنات برغبة جنسية واضحة الا بعد المرور بخبرة اتصال جنسى ، كما تزداد الرغبة الجنسية قبل وبعد الحيض مباشرة . وتذكر بعض النساء أن الرغبة الجنسية لديهن قد زادت عن قوتها وهن في بدء المراهقة . وزيادة هذه الرغبة تخلق بعض التعقيدات في العلاقة بين الجنسين .

النمط الجنسى : Sex typing

يختلف النمط الجنسى بوضوح عن التوحد الجنسى من حيث انه سلوك نموذجى قائم على التقليد والمحاكاة . فالولد الصغير يتدرب على طرق السلوك التى تعلم انها مميزة للرجال ، والبنت الصغيرة تقوم بأشياء تعلمت أنها من شأن النساء. ويشبه النمط الجنسى الفروق في الدور الجنسى — وهو مصطلح يتضمن كل العمليات التى يصبح بعدها الذكور متمايزين عن النساء والنساء متمايزات عن الرجال . ونحن نقول ان التوحد مع الدور الجنسى قد حدث عندما يصبح السلوك الذكرى او الانثوى اكثر دقة او يماثل نفس الجنس ويحدث تلقائيا ومعمما على كل مجالات الذات ابتداء من اسلوب المشى إلى التفكير وإلى السلوك الجنسى. ومصطلح امتصاص وتبنى internalization وهو مصطلح صعب التحديد — يستخدمه الكثيرون لوصف ما يحدث عندما تتم عملية التوحد Identification ولنأخذ مثالا على التوحد من المشى — ففى سن ١٨ شهراً تتصف العملية بأنها بطيئة والطفل على وعى بها وفيها كد واجتهاد ولا تتصف بالتناسق (تقليد) ، اما بالنسبة لسن ١٢ عاما فهى طبيعية وسهلة وتتم دون وعى بها — (وهنا يكون التوحد قد حدث) .

ويحدد « لين Lynn » (١٩٥٩م) ثلاث صور لعملية التوحد هى :

- التفضيل لدور جنسى Sex-role preference .
- تبنى الدور الجنسى Sex-role adoption .
- التوحد مع الدور الجنسى Sex-role identification .

فقد يفضل الولد الصغير من اعماقه ان يكون بنتا صغيرة ولكن الضغوط الاجتماعية تدفعه

لان يتبنى سلوك الاولاد الصغار . وما لم يغير من الدور الجنسى المفضل فمن غير المحتمل ان يتوحـــد بصورة سليمة وطبيعية مع الدور الذكرى ، رغم انه قد يكون قادرا عـــلى ان يحيـــا حياته كذكر مقبول اجتماعيا . كما ان كثيرا من البنات الصغيرات تفضلن ان تكن اولادا صغارا رغم ما يبدو عليهن من قدرة على الحياة راضيات عن كونهن بنات ونساء فيما بعد . وربما كان احسن الاطفال حظا هو الطفل الذى يحظى بأب ملائم (نموذج ذكرى) وام ملائمة (نموذج انثوى) يساعد انه على تفضيل مبكر لدور جنسى يتلاءم مع تكوينه الفسيولوجى ، ويتجه طبيعيا نحو ممارسة الدور ، وفي النهاية يتوحد بسهولة معه .

ويذكر «كولى Colley » (١٩٥٩) ان هناك ثلاثة مجالات قد يعد الفرد في ضوئها ذكريا أو انثويا هى :

الاول : العامل البيولوجى Biomode او المجال الفسيولوجى. فسيعاني الولد الذى يتميز ببعض الخصائص الانثوية إلى درجة ما عن الولد ذى التكوين البدني الذكرى والعكس صحيح بالنسبة للبنات .

الثاني : العامل الاجتماعى Sociomode او الطريقة المفضلة للسلوك وهى تشبه مفهوم « لين» «تفضيل الدور الجنسى» .

الثالث : العامل النفسى Psychomode أو التوحد الكامل .

ـــ وقت ظهور السلوك النمطى الجنسى وطبيعته :

وبوصول الطفل إلى سن ١٨ شهراً (سن التجول) يبدأ الكبار في توقع حدوث فروق في السلوك المميز لكل من الجنسين . وهناك كثير من الضغوط التى تلقى على عاتق الاطفال لاحداث تلك الفروق . ويبـــدأ السلوك النمطى الجنسى كجزء من عملية التوحد ويتكون نتيجة لنمط من الجزاءات والوان العقاب التى يفرضها الوالدان والمدرسون والاخوة والاخوات الاكبر سنا وزملاء اللعب، كما انه من المحتمل ان يقوم على التقليد وعندما تتساوى الظروف الاخرى فمن المحتمل ان يكون الكبير الذى سيقلده الطفل هو واحد ممن يراهم الطفل كنماذج ملائمة ومكافئة له وذات مقدرة .

وبوصول الطفل إلى سن المدرسة تظهر عليه كثير من علامات السلوك النمطى الجنسى حتى في حالة الاولاد او البنات الذين قضوا فترة طويلة قبل سن المدرسة في دور حضانة لم تكن فيها

ضغوط ظاهرة لقيام الطفل بالسلوك المميز لجنسه فيلا حظ تفضيل الاولاد الذكور للعب ذات العجلات ومسدسات الاطفال وبناء المكعبات والجرى والتصارع وشد الحبل وما شابه ذلك من العاب قبل سن الثالثة . بينما تلعب الاطفال الإناث من نفس السن العابا اكثر هدوءا بالدمى وليس بالمسدسات ، ويفضلن التمثيل الدرامى على تمثيل ادوار رعاة البقر . وبالاقتراب من سن المدرسة الابتدائية يحدث تداخل في تفضيلات الجنسين للعب المختلفة .

— دور الآباء في تنميط السلوك الجنسى :

اذا قارنا بين الذكور والاناث نجد ان الذكور يتميزون بقدر اكبر من السلوك العدواني وبخاصة النوع العضلى. لكن إلى اى مدى يرجع ذلك إلى تقليد سلوك الآباء وادراكهم للدور الذكرى الابوى ؟ مازال الأمر غير واضح . وقد يكون السلوك العدواني لدى الذكور مرتبطا بالاحباط ؛ فيفترض في الاباء انهم السلطة الضابطة في الاسرة وربما يهذبون أبناءهم عما يفعلون لبناتهم . كما ان الاب يستولى على جزء من وقت الام الذى يجب ان يحصل الطفل عليه . فلو كان الاطفال الذكور في هذه المرحلة من العمر على اتصال وثيق بامهاتهم – فان موقف الاب سيمثل احباطا بالنسبة لهم اكثر مما هو لدى البنات . وعليه فان من المتوقع ان يولّد الاحباط عدوانا، وسيكون الاولاد الذين يعيشون باستمرار مع الاب اكثر عدوانا من الاولاد الذين يكثر غياب آبائهم عنهم . وعلى العكس فانالبنات ستكن اقل تأثرا بغياباو حضور الاب ، فتشير دراسة «سيرز Sears, P.» (١٩٥١) ان العدوان الذى يبديه الاطفال الذكور خلال لعبهم يكون اقل في حالة الاولاد الذين يتغيب الاب كثيراً عنهم ويزيد العدوان في حالة الاولاد الذين يتواجد الاب معهم باستمرار. وقد ترجع هذه النتيجة إلى احد امرين او كليهما – نقص فرص تقليد الاب او نقص الاحباط الذى يسببه . ويذكر «سيرز» (١٩٥٣) من دراسة اخرى له ان الآباء الذين يُشعرون أبناءهم بالدفء– المتسامحون الذين تسير حياتهم مع اولادهم في يسر وسهولة – او بمعنى اخر الذين يكافئون الطفل – كثيراً ما يكون ابناؤهم أكثر تشابها مع النمط الجنسى الملائم لجنسهم . كما وجد ان الاولاد الذين يختارون دور الاب كدور ملائم لهم في لعبهم (كانوا متلائمين من ناحية النمط الجنسى) كانوا يصفون الاب دائما على انه حان ومتسامح ويجعل حياة اطفاله سهلة .

اما الاولاد الذين كانوا يختارون دور الام في لعبهم فقد كانوا ينتمون إلى بيوت تتصف الام فيها بانها اكثر حنانا وحبا عن الاب وان مثل هؤلاء الامهات كن متسامحات مع السلوك الجنسى للطفل مقيدين لحركاته خارج المنزل ويمثلن في بيوتهن السلطة والتأثير . كما انهن دائمات النقد لازواجهن (نقلن تأثيرات غير مرغوبة عن الاب في نفس الطفل) .

ويذكر «ليفين وسيرز» (١٩٥٦) ان الآباء يبدأون في اختيار وتدعيم السلوك الملائم لجنس الطفل منذ وقت مبكر جداً، فنجد الاب في وقت اللعب يميل لان يكون اكثر خشونة وان يلعب كثيراً من العاب الاولاد مع اولاده اكثر من بناته . اما الام فتلعب ادوارا مختلفة مع بناتها اكثر من اولادها كما يتميز لعبها بالرقة .

كما يشترى الآباء لعبا خاصة للأولاد وأخرى خا صة للبنات منذ المهد . كما يلقى الآباء تأثيرات متمايزة على الجنسين من اجل الطاعة وتقليل العدوان والهدوء والاناقة والخلق الطيب. وهنا نجـد البنات معرضات لضغوط أكثر من الاولاد في ذلك . كما يلاحظ أن الاولاد أكثر نشاطا ولديهم طاقة أكبر من البنات ، وأن معدل التمثيل الغذائي لدى الاولاد أعلى من البنات. لكن لا يعني ذلك أن الاولاد لديهم فائض أكبر من الطاقة ـ بل ان ما لديهم من الطاقة يكفى احتياجاتهم الجسمية النشطة ، فهم يعيشون حياة سريعة الحركة . كل هذه العوامل السابقة تؤدى إلى المظاهر المبكرة للفروق الجنسية في السلوك .

نمط السلوك الجنسي وعلاقته بالطبقة الاجتماعية

يتعلق نمط السلوك الجنسى بالطبقة الاجتماعية حيث يهتم أولاد الطبقة الدنيا بالتوحد الواضح مع الميول الذكرية أكثر من غيرهم ، وتكون بنات الطبقة المتوسطة أقل الطبقات الأخرى في التوحد مع الميول الانثوية ، بينما يكون اولاد الطبقة المتوسطة وبنات الطبقة الدنيا وسطا بين الاتجاهين المتطرفين . فنجـد مثـلا ان الولـد الصغير من الطبقة الدنيـا في عرضـة للسلوك الجنسى النمطى يختار اللعب الذكرية عن اللعب الانثوية في سن ٤ ـ ٥ من العمر ـ بينما لا تبدى البنت من الطبقة المتوسطة السلوك الجنسى الملائم الا بعد ذلك بحوالى ٤ ـ ٥ سنوات . ويبدو أن الادوار الذكرية والانثوية اكثر وضوحا بين افراد طبقة العمال اكثر من الطبقة الوسطى ، وان الدور الذكرى اكثر جاذبية من الدور الانثوى. فالرجال من الطبقة العاملة يقومون بأعمال شاقة في وظائفهم ويقدمون قليلا من الرعاية لاطفالهم او للمنزل . أما نساء الطبقة العاملة عندما يعملن غالباً ما يقمن بأعمال انثوية كالاعمال المنزلية والطبخ وغسل الملابس وكيها . أما في الطبقة المتوسطة فقد يعمل الرجل والمرأة نفس العمل كالتدريس والمحاماة او ادارة المنزل ، وقد تختص الزوجة بالشؤون المالية للاسرة .

وهناك امهات تقدن السيارات في حالة عدم وجود الزوج ، وأحيانا ما يساعد الاب زوجته في شؤون المنزل ويحضر معه مطالب المنزل عند عودته من عمله . إلى جانب ما سبق فان الاباء في الطبقة الدنيا اقل تسامحا مع الفروق الفردية لاطفالهم عن آباء الطبقة المتوسطة .

فأولاد الطبقة الدنيا يشجّعون على السلوك كأولاد كما يعاقبون أو ينبذون عندما لا يسلكون كأولاد، كما أن المرأة في الطبقة المتوسطة قد تكون غير مستقرة إلى حد كبير، وتدخل في كثير من مواقف التنافس مع الزوج، وأقل رضا بدورها كربة بيت و كأم بالمقارنة بأمهات الطبقة الدنيا، وعليه فان أمهات الطبقة المتوسطة يمكن إلى حد ما اعتبارهن نماذج انثوية غير مشجعة وغير واضحة بالنسبة لبناتهن .

وتشير نتائج دراسة «براون D.G. Brown » (١٩٥٧) – على اطفال في رياض الاطفال وحتى الصف الخامس الابتدائي وجميعهم ذكور واناث من الطبقة المتوسطة إلى ما يلي :

– اختارت أغلبية البنات في سن ٥ إلى ١١ لعب الاولاد الذكور ، كما ذكرت أغلبيتهن أنهن يفضلن لو كن الاب بدلا من الام في الأسرة .

– اختار الاولاد العابا تتفق مع النمط الجنسى الذكرى منذ فترة مبكرة جداً، فحتى بين أطفال رياض الأطفال فضل ٧٥٪ من الاولاد لعب الاولاد و٧٧٪ فضلوا دور الأب على دور الأم . وبين الذكور فقط كانت النسبة ٩٠٪ في الصف الثاني وظلت كذلك حتى الصف الخامس . وبالنسبة للبنات فضلن ٣٧٪ ألعابا ذكرية و٢١٪ فضلن دور الأب على دور الأم .

ووجد «هارتوب وزوك Hartup and Zook » (١٩٦٠) نتائج مشابهة لما وجده « براون» وهى ان الاولاد في سن الثالثة والرابعة من العمر لهم تفضيلات جنسية ملائمة أكثر من البنات .

تأثير الاشقاء على نمط السلوك الجنسي :

يؤثر وجود اخوة او اخوات أكبر سنا على نمط السلوك الجنسى ، فكما هو متوقع سيفضل كثير من الاولاد عن البنات الالعاب الذكرية – وان الاطفال الذين لهم اشقاء أكبر منهم من نفس الجنس سيكون نمط السلوك الجنسى لديهم اسرع ممن ليس لهم أشقاء أكبر – وسيختارون انواعا من النشاط الملائم لجنسهم .

ويذكر البعض ان وجود نموذجين (أب وأخ أكبر – أم وأخت كبرى) يسهل عملية اكتساب النمط الجنسى .

التوحد مع النموذج الجنسى :

ان الوصول إلى تعريف لمفهوم التوحد أمر صعب . ويذكر «سانفورد Sanford » (١٩٥٥)

ان مصطلح توحد قد استخدم في مناسبـات كثيرة في الادب النفسى بمعان مختلفة اكثر من أى مصطلح آخر من مصطلحات التحليل النفسى – وفيما يلى بعض المعاني التى استخدمت للاشارة إلى هذا المصطلح :

– التقليد والتمثيل Copying or modeling

– الولاء لجماعة يشعر الفرد انه جزء منها adhering

– تقبل الاسباب acceptence of cause

– التقمص العاطفى والاشتراك في الحياة empathy and vicarious living

– المشاركة الوجدانية والتجانس Sympathy

– الحب love

– الاتفاق closeness

– الاخلاص loyalty

ويذكر الذين يستخدمون الاختبارات الاسقاطية مثل TAT أن المفحوص يتوحد مع الشخصية المحورية أو البطل في القصة التى يقصها. ويؤكد التعريف المستخدم هنا على التوحد مع الدور الجنسى، وهو اساسا تعريف تعلمى. فالولد الذى قام بعملية توحد ذكرى هو الولد الذى تبنى الذكورة بسرور وعمق كاسلوب لحياته ، فيفكر في نفسه كذكر ويتقبل ويفضل هذه الحالة وكل ما يتعلق بها مميزاتها، وعيوبها ، ويتحمل كل المسؤوليات التى ترتبط بمطالب الذكورة ونجد سلوكه الخيالى ذكريا ، كذلك السلوك الجنسى ونمط الميول وطريقة المشى والحديث، إيماءاته واشاراته كلها ذكرية .

ويفترض ان الولد قد تعلم ان يكون ولدا لعدة اسباب شخصية اجتماعية متنوعة وعادة ما يكون افضل نموذج امامه بل المثالى لهذا الدور هو الاب . بمعنى أن هناك ميلا لأن يتطابق الولد مع الوالد – بالحب والاحترام ويقلده بطرق مختلفة – وذلك لكى يصل إلى توحد ذكرى ثابت وحقيقى .

أما التوحد في حالة البنات فلا يختلف عنه في حالة الاولاد سوى في ان نضع البنت مكان الولد والام مكان الاب والانوثة مكان الذكورة .

وطبقا للنظرية الفرويدية فان التوحد الكامل مع الاب من نفس الجنس يأخذ دوره عندما يحل الصراح الأوديبي وتكون الرغبة الجنسية الموجهة نحو الاب من الجنس الاخر قد تم كبتها ، ويبدأ الطفل في استدخال صورة الاب من نفس الجنس . وهنا نقول أن الولد قد أصبح ذكراً حقيقيا والبنت انثى حقيقية . وتولى نظرية التحليل النفسى قليلا من الاهمية بما يسمى تبنى نمطا جنسيا Sex-typing (على اساس التقليد او التمثيل ويستخدم مرادفا للنمط الجنسى) والتوحد معه كما سبق ان حددناه . ويبدو نظريا أنه من المؤكد ان تفضيل دور جنسى ملائم وتبنى دور جنسى ملائم يجب ان يسبق ويصاحب عملية التوحد الملائمة .

أما نظرية التعلم فلا تفترض أى استدخال incorporation واقعى لصورة الجنس المفضل من الوالدين في عملية التوحد ولكن نموذج عام أو نمط عام . والتوحد مع دور جنسى معين أمر ممكن لأسباب عدة حتى في حالة قليل من الحنان الموجه نحو الاب من نفس الجنس – ولكن من المنطقى ان تكون عملية التوحد أكثر سهولة عندما تكون مصحوبة بعلاقات طيبة بالوالدين كما في حالة حدوث عملية التقليد واكتساب النمط الجنسى .

وتتضمن عملية التوحد مع دور جنسى معين امتصاص اتجاهات وقيم ومعتقدات الوالدين والناس الآخرين المهمين في حياة الطفل . ومن المعروف أن الامور التى يسهم بها الناس كالضمير والاخلاق والذنب والدافع للانجاز وغير ذلك تنشأ أساسا خلال عملية التوحد التى قد تحدث مع واحد من الوالدين أو كليهما .

الأولاد والتوحد مع الدور الجنسى :

تذكر النظرية الفرويدية ان الولد الصغير يتوحد في بادئ الامر مع الأم . وفي سن ٥ أو ٦ من العمر تصبح الرغبة في احتواء الأم قوية جداً ولكن ما يحفظها في حالة من التوازن هو خوف الطفل من قوة الأب واحتمال عقوبته له وخاصة عملية الاخصاء .

وكون هذا الخوف قويا وان فقد الخصيتين امر لا يمكن احتماله ؛ وكون الطفل صغيرا لا يقدر على التخلص من والده والفوز بأمه – فانه يتطابق مع قوة الاب عن طريق مسايرة الاب وتقمص شخصية فيتجنب بذلك التهديد كما يستمتع بحنان أمه . هذه العملية تسمى احيانا «بالتوحد مع المعتدى » identification with the aggressor وينطبق عليها معنى العبارة اذا لم يمكنك التغلب عليهم سايرهم» .

أما نظرية التعلم فلا تهتم بمفهوم الصراع الاوديبي رغم انها لا تنكر ان هذا الصراع قد يبدو كثيراً في بعض الثقافات. وتذكر هذه النظرية ان الطفل سواء كان ولدا ام بنتا يحتمل ان يحب الأم اكثر من الاب ، وان الولد قد يقوم بتوحد ذكرى ملائم وفي نفس الوقت يستمر في حب امه اكثر من ابيه . وقد يكون التوحد اسهل وافضل اذا تمتع الولد بأب قوى ومحب له عما لو كان غير ذلك ، وكانت الام من النوع المحب لزوجها ولابنها وترغب لابنها ان يكون كأبيه – كل ذلك يسهل عملية التوحد .

ويحب الولد في اى اسرة عادية امه اكثر خاصة في الطفولة المبكرة ، وايضا يحب الاب وتحت الظروف الملائمة الطيبة يكبر هذا الحنان وهذا الحب مع تقدم العمر . وكنتيجة لذلك ولبعض المؤثرات الثقافية العامة يبدأ الولد في سن مبكرة في تقليد والده وبطريقة اكثر واقعية يتوحد معه . وهذا يعنى ان نظرية التعلم تشير إلى ان الاب الذى يتوحد معه الطفل في إطار من الحب والاحترام يسهل على الابن كثيرا عملية التوحد مع الدور الجنسى الملائم ، وان هذا العامل يعد هاما جداً اكثر من عامل الخوف (في نظرية فرويد) في نجاح عملية التوحد .

فقد كشفت دراسة «باين وموسن Payne & Mussen » (١٩٥٦) ان الاولاد الاكثر توحدا مع الاب كانوا أفضل من حيث التوحد مع الدور الذكرى ، حيث كانت درجاتهم في اختيار للذكورة اعلى من الاولاد الاقل تشابها مع الاب . كما كان هؤلاء الاولاد ينظرون إلى اباثهم كمكافئين لهم وغير معاقبين اكثر من الام ، وكانت الاسرة بصفة عامة تتميز بالسعادة وتكافؤ الاطفال كثيرا .

أما «برونسون Bronson» (١٩٥٩) في الحديث عن التوحد الطفلى فتذكر ان الطفل يرغب ان يكون ذلك الموضوع المانح للأمن في بيئته سواء كان الام ام الاب تجنبا للواقع المحبط . وتحت ضغط القلق فانه يقلد سلوك البالغين معتقدا أن ذلك سيجعله مماثلا للنموذج الذى يقلده . أما في التوحدمع الذات من الجهة الاخرى فان الطفل يدرك الفروق الحقيقية بينه وبين النموذج ويعجب بالنموذج ويحبه وهنا نجده يرغب في ان يصبح شبيها بمن يمنح الامن اكثر من غيره .

وتذكر «برونسون» ان الأبناء الذين ينتمون لبيوت علاقة الاب بالطفل فيها قائمة على القمع –تكثر فيها حالات التوحد الطفلى عن البيوت التى تكون علاقة الاب فيها بالطفل اقل قمعا ، كما يبدى هؤلاء الاطفال تطرفا ظاهرا في ذكورتهم (كمحاولة مباشرة للتطابق مع صورة الاب) او نبذا واضحا لصورة الاب ويكشفون عن انماط انثوية من السلوك . اما الاولاد الذين تتميز علاقتهم بالاب بانها غير محبطة وغير قامعة فقد يقفون وسطا بين ذلك ، فقد يأخذون عن الاب ما يرون انه مفيد لهم دون الحاجة للتطابق مع الاب كوسيلة دفاعية ودون نبذه هو وكل ما يمثله .

كما تذكر «برونسون» ان اولاد الآباء الاقل تقديما للمكافآت (الذين يعرضون اولادهم لكثير

من القمع) قد لا يقومون بعملية توحد معقولة مع الدور الذكرى - وربما على المستوى الخيالى او اللاشعورى يرفضون الذكورة . اما اولاد الآباء المكافئين (الاقل قمعا) فمن المتوقع ان يقوموا بعملية توحد معقولة مع الذكورة .

وتذكر نظرية السلطة Power Theory (بارسونز Parsons ، ١٩٥٥) وهى امتداد لنظرية فرويد ونظرية التعلم ان التوحد يحدث ليس لأن الأب مهدد اولانه نموذج معتدل ولكن لأنه مكافيء فعال ومعاقب فعال . بمعنى ان الابن يتوحد مع الاب والنماذج التى تليه لأنه ذو سلطة ، وان الاولاد يتوحدون مع الاب القوى - القوة هنا علاقة بين المكافأة والعقاب ، وان زيادة الجزاء على العقاب تؤدى إلى توحد أفضل ، إلى جانب تقبل قيم النموذج الذى توحد معه .

التوحد وعلاقته بعوامل الشخصية

يذكر «ساتون سميث وروزنبرج Sutton-Smith and Rosenberg » (١٩٥٩) ان الاولاد الذين يتميزون بالتردد والاعتماد على الغير والرقة وبأنهم اكثر استعدادا لاكتساب القلق او الضعف تبدو عليهم علامات التوحد الانثوى اكثر من الاولاد الذين لايتميزون بالصفات السابقة . وبمعنى اخر فان الاولاد الذين يحصلون على درجة عالية في مقياس القلق كانوا اكثر انوثة من الاولاد الذين حصلوا على درجات منخفضة على نفس المقياس . وقد اختار الباحثون عينة الاطفال الاكثر قلقا والاقل قلقا من بين مجموعة كبيرة من اطفال الصف الرابع حتى السادس الإبتدائي .

استخدام «ميللر وسوانسون Miller and Swanson » (١٩٦٠) لاختبار اسقاطى في محاولة لقياس الذكورة والانوثة الشعورية واللاشعورية بين البالغين على اعتبار ان مقياس الذكورة اللاشعورية يمثل «تفضيل الدور الجنسى» وأن مقياس الذكورة - الانوثة الذى قصدبه قياس الذكورة الشعورية يمثل «تبنى الدور الجنسى» كما شرحه «لين» . وقد تبين من النتائج ان الذكور الذين يحصلون على درجات عالية في المقياسين (مقياس الذكورة الشعورية ومقياس الذكورة اللاشعورية) فانهم يتمتعون بتوحد ذكرى حقيقى .

ولقد ميز «ميللر وسوانسون» الاصناف التالية من الرجال :

١ - رجال انثويون على المستوى الشعورى وعلى المستوى اللاشعورى .

٢ - رجال انثويون على المستوى اللاشعورى ولكنهم ليسوا كذلك على المستوى الشعورى .

٣ - رجال ذكريون على المستوى الشعورى والمستوى اللاشعورى .

٤ – لا يوجد رجال ذكريون على المستوى اللاشعورى وانثويون على المستوى الشعورى الا ثلاث حالات فقط من بين ٥٢٢ حالة تمت دراستها في بحثهما .

ويذكر الباحثان ان العامل الأهم في عملية التكيف العام هو التوحد على المستوى اللاشعورى ، كما يذكر ان الرجال الذكريين على المستوى الشعورى واللاشعورى اختلفوا عن المجموعتين الاولى والثانية في عدة نواح هامة منها :

– قليل جداً منهم اتي من بيوت فرضت عليهم مطالب صعبة منذ وقت مبكروهم اطفال وكثير منهم اتي من بيوت تتصف بالتسامح .

– تعامل الرجال في هذه المجموعة مع الصراع والذنب بطريقة اكثر نضجا من المجموعة الاولى والثانية .

التوحد المتعدد النماذج :

يفهم ضمنيا من نظرية التعلم ونظرية التحليل النفسى ايضا أن تعدد مصادر التوحد أمر مرغوب فيه . فالمتوقع ان يرجع الولد نموذج الاب فيأخذ عنه اتجاهاته وميوله وكل ما يتعلق بالسلوك الذكرى للاب، ويأخذ من نموذج الام عطفها وحنانها. وفي مجتمعنا المعقد التركيب حيث الادوار الذكرية والانثوية كثيرا ما تتداخل ولا تكون قاطعة ، فان قدرا معينا من التوحد المتعدد النماذج يعد مرغوبا بالنسبة للاولاد ، بعض السمات التى يشيع تسميتها بالانثوية قد تجعل حياة المجتمع اكثر سهولة وانسجاما مثل :

الود – الذوق – الرغبة في التفاهم – ادراك القيم والواجبات الاخلاقية – المشاركة الوجدانية – الاهتمام بالناس كالاهتمام بالاشياء – تقدير الفنون .

وكل هذه الامور مفيدة للذكور كما هى مفيدة للاناث – ومن المحتمل ان الولد اذا ما احب امه واحترمها وتوحد مع بعض سماتها سيكون زوجا او ابا حانيا ومتفهما دون ان ينتقص ذلك من سلطته كذكر .

التوحد في حالة البنات :

ترى نظرية التحليل النفسى ان عملية التوحد في حالة البنات تعد اكثر تعقيدامنها في حالة

الاولاد . فهى تتضمن في البداية الارتباط الوثيق او الحب للأم ثم التخلي عن ذلك الحب ، ثم الحب ثم التقليد ثم التوحد . وطبقا للنظرية الفرويدية ــ تكتشف البنت الصغيرة (في سن ٢) ان ليس لها قضيب ، وتلوم امها على ذلك وتتحول عنها إلى الوالد . ويظل تفضيل الاب مسيطرا حتى سن السادسة ثم تتحول إلى امها ثانية لانها تكتشف انه لا يمكنها استبدال امها وانها لوحاولت ذلك ستفقد حب امها . وهنا تتخلى عن رغباتها المحرمة وتستدخل صورة امها ويكون الخوف اقل اهمية منه في حالة الاولاد في هذه العملية .

ومن المعروف ان الام تبدأ في سن الثانية من عمر بناتها في فرض بعض التوقعات الاجتماعية المتعلقة بالخلق الحسن والطاعة والاناقة إلى حد اكبر مما هو متبع في حالة الاولاد . هذا التغيير من حالة التسامح الخالى من اية مطالب مفروضة على الطفل إلى تلك القيود الجديدة كاف لاحباط البنت وتغيرها نحو الاب . ويكوناتجاه الاب في هذه السن هو الحب نحو الام وبنتها ويستجيب لهما بحنان ــ وهذا من شأنه ان يزيد من قوة الارتباط به . اما في سن الحضانة وحتى الصف الاول من المدرسة فانالبنت تواجه تركيزا مستمرا على انوثتها . ولو كانت امها من الشخصيات القوية فانها ستزود البنت بأفضل نموذج للدور الجنسى الملائم لها ويبدأ التوحد في الحدوث .

ومن المرغوب فيه ــ كما في حالة الاولاد ــ ان يحدث توحد ايضا مع الاب من الجنس المخالف . فهناك امور كثيرة في حياة البنات مثل التنافس وعمل الافضل والانجاز وأن تكون عدوانية . ولذلك فإن تعديل عملية استدخال السمات الذكرية يعد امراً مفيدا . فالبنات تتزوج ومما يساعد على امومتهن الناجحة لابنائهن هو الفهم الحاني والحب للسمات الذكرية التى سيواجهنها في ازواجهن والتى أحببتها قبل ذلك في آبائهن ، سمات يتفهمنها ويحترمنها كجزء من انفسهن .

والخلاصة أن عملية التوحد تبدو اكثر تعقيدا لدى البنات عنها لدى البنين . وان البنات اللاتي توحدن بقوة مع الام لم تكن اكثر تكيفا من البنات اللاتي كن اقل توحدا مع الام . ولم تكن العلاقة كذلك في حالة الاولاد. ففى حالة الاولاد كانت عملية التوحد الجزئي مع الاب من الجنس الاخر امرا مرغوبا . كما كانت البنات اللاتي حققن قدرا من التوحد مع الاب افضل كزوجات وامهات. كما ان المجتمع ينظر باهتمام للتوحد بين الاولاد مع الدور الذكرى اكثر من اهتمامه بالامر بالنسبة للبنات مع الدور الانثوى .

العوامل المؤثرة على تفضيل الطفل لأحد الوالدين

مدة البقاء مع الطفل

كلما كثر تغيب أحد الوالدين كلما إزداد تفضيل الطفل للأب الآخر .

اللعب مع الطفل

أمام الأم فرص أكبر من الأب لكى تلعب مع الطفل . وغالباً ما يشعر الأب بعدم الإرتياح للعب مع الطفل الصغير .

العناية بالطفل

يجب على الإمهات أن يتحملن العناية بالطفل من النواحى الجسمية لأن الآباء لا يجدون الوقت أو يعتبرون ذلك من شؤون المرأة .

التعبير عن الحب

كثيراً مايفشل الآباء في إظهار حبهم بطرق يمكن للطفل فهمها لأنهم يشعرون أن التعبيرات المختلفة عن الحب ليست من خصائص الذكورة .

التهذيب

حيث أن الأمهات أكثر تسامحا ويستخدمن العقاب الجسدى أقل من الآباء فعادة ما يكن مفضلات . ويتحول الأطفال نحو تفضيل الأب الذى يتسامح معهم ويتحولون بعيداً عن الأب الذى لا يتسامح معهم .

توقعات الآباء

الأب كثير النقد للطفل والذى يتوقع من الطفل الكثير ويراه أقل من مستوى توقعاته – لا يفضله الطفل .

تفضيلات الآباء

الطفل المفضل أكثر من أحد الآباء عادة ما يفضل هذا الأب – والطفل الذى لا يفضله أحد الآباء عادة ما يفضل الأب الآخر . وهذا يفسر لماذا يفضل الأولاد أمهاتهم عادة ، وتفضل البنات الآباء عند ما يتقدمن في نموهن .

مكانة الآباء

حيث الأم هى أهم الوالدين في الطفولة المبكرة فعادة ما تكون هى المفضلة أكثر . وبنمو الطفل فإنه يكتشف أن دور الأب أكبر قيمة وأهمية في نظر الجماعة الإجتماعية مما يشجعه على الإنتقال في تفضيله إلى الأب .

مفهوم الآب المثالى

حيث تتغير مثاليات الطفل – فإن الأب الأكثر قربا من مثاليات الطفل حول ما يجب أن يكون عليه الأب في هذا الوقت سيكون الأب المفضل .

القوى الاجتماعية والشخصية في عملية التوحد :

سنناقش هنا ما يحدث للاولاد والبنات في وجود أب او أم به عله، وما يحدث في حالة الزيجات غير الموفقة وتربية الطفل الخاطئة كما هو شائع هذه الايام ، وكيف يعاني مثل هؤلاء الاطفال عجزا في تحقيق نمط جنسي وتوحد ملائم يؤدى إلى بناء رجل او امرأة تعساء .

هناك على الاقل اربعة عوامل قد تؤدى إلى نجاح عملية التوحد في غياب النماذج الوالدية المناسبة :

الأول : انتقال الاتجاهات المرغوبة ـ خلال عمليات وسيطة ـ إلى القرين الغائب او الميت . فالام التى عاشت وقتا طيبا مع الزوج الغائب تربي اطفالها على تلك العلاقة المثالية مع الاب مما يساعد على توحد ملائم مع افكاره ويكون هؤلاء الاطفال افضل من الاطفال الذين مرت امهاتهم باتجاهات غير مرغوبة مع الاب الغائب .

الثاني : هناك اشخاص او وكلاء ينوبون عن الاب في كل الثقافات تقريبا وعلى الاخص بالنسبة للبنات . فالمدرسة الجيـــدة او المدرس الجيد في الحضانة او الابتدائي والاعدادى يمكنهما ان يعملا الكثير بالنسبة لتزويد الطفل بنموذج انثوى مرغوب في حالة البنات التى تغيب امهاتهن او مرضت او ماتت . اما بالنسبة للولد العادى فانه لا يتجه نحو المدرس الذكر حتى المدرسة الاعدادية وربما بعدها .

كما يؤدى الاخوال والاعمام والاصدقاء من الجيران دورا في تقديم نماذج للطفل ـ سواء كان ذكرا اوانثى ـ ممن يفتقد النموذج الوالدى. وهناك دراسات تشير إلىتوحد مرض للاولاد مع ابائهم الذين لايتميزون بنمط ذكرى في ميولهم وانشطتهم، وقد يكون السبب في ذلك راجعا إلى تقبل الاولاد لانفسهم بسهولة كذكور عندما يدركون آباءهم كمحبين ومتفهمين ومكافئين لهم . وعندما يحدث هذا التوحد النفس الاساسى فان الولد يستمر في التطابق مع سلوك ذكور آخرين في بيئته . وقديكون حب صغار الاولاد للكشافة ناتجا عن حاجتهم لنموذج ذكرى للتوحد معه .

كما قد يكون الولاء للبطل الذى يتميز بالقوة الجسمية مرتبطا بقوة بهذه الحاجة .

وتختلف البنات عن الاولاد في ثقافتنا من حيث سهولة تواجد الام بالنسبة للبنت أما الاب فيخرج مبكراً لعمله ويأتي متأخرا وكثيرا ما يعود مجهدا . وكثيرا ما تكون عطلة نهاية الاسبوع مملوءة بالانشطة التى تقلل من فرصة تواجد الاب مع الطفل. اما الام فيالظروف العادية من اليوم فلديها فرصة اكبر للتفاعل غير الرسمى مع اطفالها ولكنها اذا كانت غير راضية شعرت البنت بالتهديد .

الثالث : والعامل الثالث هو دفع الطفل نحو التوحد مع الدور الجنسى الملائم يعد قوة عامة في الثقافة المعاصرة . فيكافأ الأولاد على العمل كأولاد ويعاقبون عندما يعملون كالبنات . ونفس الامر يحدث للبنات . فالمدرسون وجماعة الرفاق والمجتمع المحلى جميعهم يفرضون ضغوطاً معينة من اجل الذكورة او الانوثة . وهذه الضغوط تعد مؤثرة رغم ان فعاليتها قد لا تكون كاملة .

الرابع : يتميز الناس بذاكرة انتقائية Selective memories بمعنى انهم يتذكرون الطيبة وينسون السيئة . فالطفل ينسى ان والديه قد سبق ان اهملاه ونبذاه وعاقباه – ينسى هذه الاوقات السيئة ويتذكر الاوقات الطيبة . لذلك فهو يخلق لنفسه نموذجا للتوحد مهما كان الاصل . ومثل هذا الطفل قد يتبع بشكل لا شعورى النمط غير الملائم الذى وضعه والده .

ويعد التوحد أحد أهم العوامل في عملية التطبيع الاجتماعى. ويكون الفشل في عملية التوحد سببا في عدة نتائج تتدرج من الفصام إلى الجنسية المثلية والضعف الجنسى impotence والبرود الجنسى frigidity ، إلى الزواج غير السعيد وتكرار الآباء لأداء آبائهم غير الملائم مع اولادهم .

وتشير البحوث إلى علاقة انهيارات الشخصية بالصراع من أجل التوحد ، حيث نجد تشابها بين أنماط السلوك لدى المرضى النفسيين من صغار الرجال وانماط سلوك آبائهم .

التربية الجنسية :

هناك اربعة اهداف للتربية الجنسية في الطفولة :

الأول : ان تغرس مفهوم التحريم ضد الاتصال الجنسى بالمحارم في ذهن الاطفال .

الثاني : التربية ضد الاستمناء الذاتي والذى يكثر حدوثه عادة في المراهقة وخاصة بين المراهقين .

الثالث : تعلم الطفل كيف يتجنب اللعب الجنسى مع الاطفال الآخرين .

الرابع : التحكم في المعلومات – وهو التحكم الذى يحاول به الكبار ترغيب الطفل النامى في تأجيل الاشباع الجنسى للظروف الملائمة اجتماعيا .

ويذكر «سيرز وماكوبي وليفين» (١٩٥٧) ان هناك اشباعات بديلة للامور التى يتخلى عنها الطفل بفطامه وتدربه على ضبط الاخراج . فالاطعمة الصلبة قد وجد انها ذات مذاق طيب

وساره ، كما ان الآباء يكافئون الطفل على التهام طبقه كله ، والمحافظة على ملابسه جافة ونظيفة يعد فضيلة من الفضائل . اما بالنسبة للجنس فلا توجد بدائل حتى المراهقة . وهذا يؤدى إلى وقوف الامهات عاجزات عن توجيه ابنائهن من خلال مكافأة البديلات ، وكل ما لديهن هو قمع السلوك الجنسى ولتحقيق ذلك فهن يحاولن منع الاستثارة (بالاشراف على لعبهم بعناية) واختيار ملابس غير لاصقة ، والتشدد في اتباع قواعد الاحتشام في المنزل) ، وتحويل اهتمام الطفل إلى امور اخرى (عندما يجدن ان نشاط الطفل مع الاخرين قد تحول إلى امور جنسية) ، اللجوء إلى العقوبات والتخويف (كأن يقلن للطفل ان سيصاب بالبرد ، او عند ما يرينه يلعب في اعضائه التناسلية يقلن له انه سيضر نفسه بذلك) وتجنب الالفاظ الدالة على الجنس (باستخدام تعبيرات مهذبه لا تخدش الحياء للتعبير عن الاعضاء الجنسية) والضبط المعر في (باللجوء إلى حيل بارعة ودقيقة للرد على اسئلته عندما يسأل عن كيفية مجيئه الى هذا العالم فتقول له الام وجدتك تحت شجرة ورد أو أمام باب المسجد أو اشتريناك من البقال) .

ومن الممكن السيطرة على الجنس إلى حد كبير بتدريب الطفل على الاحتشام فلا نترك الطفل يتجول بلا ملابس عاريا ولا نتسامح في ذلك مع تجنب اساليب العقاب البدني . فالطفل يجب ان يكون مرتديا ملابسه كل الوقت ولا نتسامح معه الا في وقت الاستحمام فقط ، والضغط الزائد على الطفل لكى يظل مرتد يا ملابسه بأن نحقره أو نحذرة او نعاقبه وان نغضب منه بانفعال قد يؤدى إلى اصرار الطفل وعناده .

وربما كان لعب الاطفال بأنفسهم من قبل الاستطلاع والتعرف فقط ، وقد يكتشف الطفل متعة من هذا اللعب فيكرره ، بل قد يلجأ اليه كلما وقع في أزمه نفسية محاولا التخلص من التوتر الذى اصابه .

ويرتبط مدى تسامح الآباء مع الامور الجنسية بمبدأ التسامح عادة . فلدى كثير من الامهات اتجاهات سلبية نحو اللعب الجنسى لدى الاطفال ولكنهن لايقمن ضغوطا قوية على الطفل (ربما لأنهن انفسهن يشعرن بالذنب وعدم الارتياح وقلة المعرفة بهذا المجال) . وعندما يعاقبن الطفل فانهن يعاقبن الاشياء التى لايتقبلنها .

وتشير بعض الدراسات إلى ان التربية الجنسية المبكرة تتعلق بنمو الشعور بالذنب والذى يعد جزءا من مكونات الضمير الاساسية. كما تشير كثير من الدراسات النفسية ودراسة الحالات العادية إلى ان التربية الجنسية القاسية والتسامح الزائد مع السلوك الجنسى ومع المعلومات والمصطلحات الجنسية يؤدى إلى بعض الاضطرابات الجنسية .

مراجع الفصل العاشر

— Brownson, W.C. "Dimensions of age and infantile identification ," J. Pers., 1957, 27, 352-545.

— Brown, D.G. "Masculinity-feminity development in children," J. Consult. Psychol., 1957, 21, 177-202.

— Colley, T. "The nature and origin of psychological sexual identity", Psychol. Rev., 1759, 66, 165-177.

— Hartup, W.W., and Zooh, Elsie A. "Sex-role preference in three-and four-year alold children," J. Consult. Psychol., 1760.

— Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., and Martin, C.E. (1948). Sexual behaviour in human male, Philadelphia : W.B. Sounders Co.

— Levin, H., and Sears, R.R. "Identification with parents as a determinant of doll-play aggression", Child Development, 1965, 27, 135-155'.

— Miller, D.R., and Swanson, G.E. (1067). Inner conflict and defence, New York : Holt, Rinehart and Winston Co.

— Parsons, T. "Family structure and the socialization of the child 1755)(." JIn McCandless, B.P. (1761) Children and adolescents : behaviour and development, New Yorh, Holt, Rinehart and Winston.

— Payne, D.E., and Msussen, P.H. "Parent-child relations and father identification among adolescenr boys," J. abnorm. Soc. Psychol., 1765, 52, 358-362.

— Sears, Pauline S. "Doll-play aggression in normal young children: influence of sex, age, sibling status, father's absence." In McCandless, B.R. (1961) Children and adolescents : behaviour and development, New York : Holt, Rinehart and Winston.

— Sears, P.S. "Child-rearing factors related to playing of sex-typed roles," Amer. Psychologist, 1953, 8, 431.

— Sullivan, H.S. (1947) Conceptions of modern psychiatry. In McCandless, B.R. (1961) Children and adolescents : behaviour and development, New York : Holt, Rinehart and Winston.

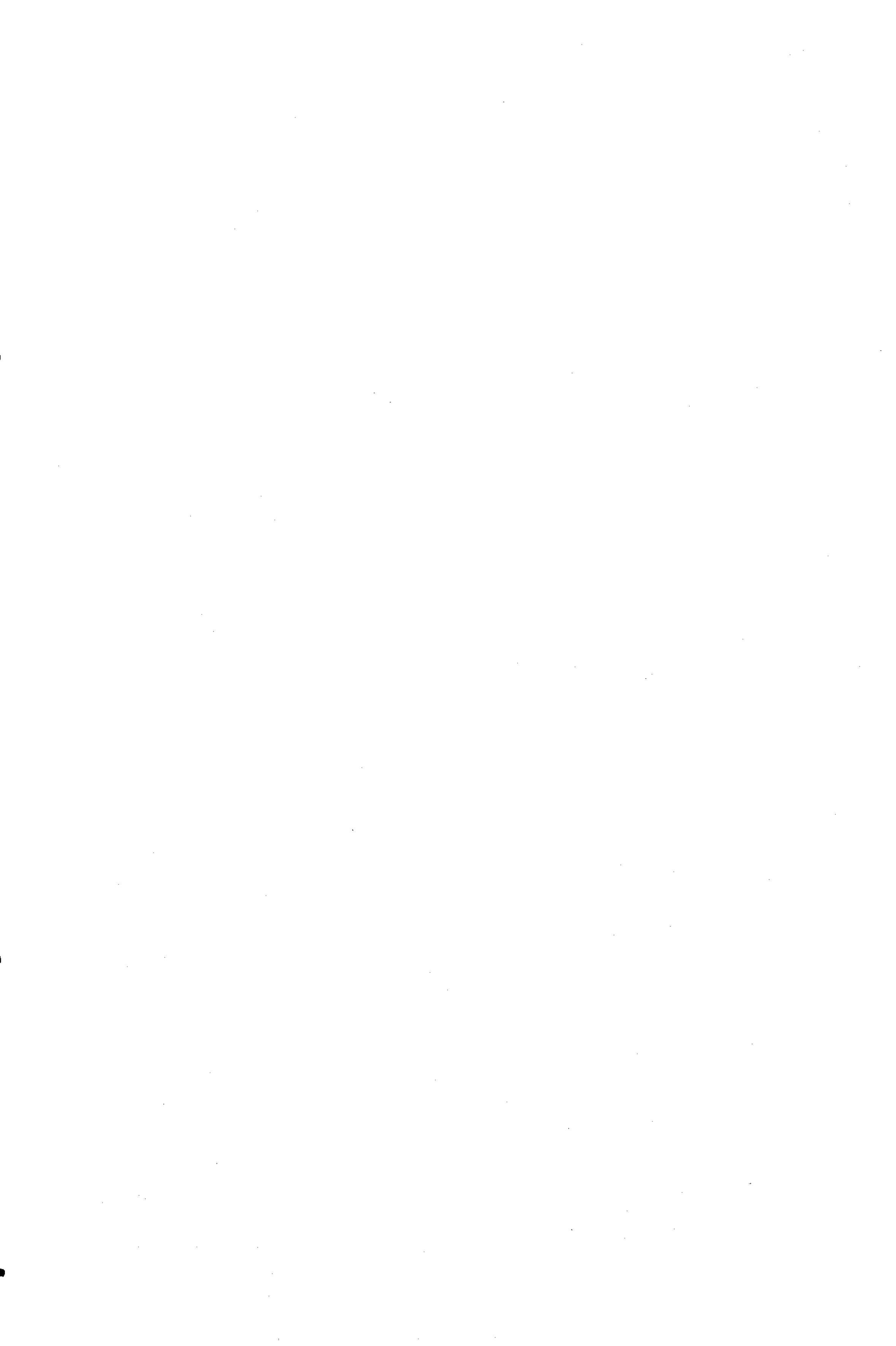
— Sutton-Smith, B., and Rosenberg, B.G. "Manifest anxiety and game preference ain children," Child development, 1760, 31, 307-311.





الفصل الحادي عشر

مُشكلات الأَطفال
وَعلاقتها ببَعض العَوامل



مُشكلات الأطفال وعلاقتها ببعض العوامل

مقدمـــــة :

كلما تقدم الطفل في النمو كلما ظهرت المشكلات النفسية . ونادراً ما نجد فرداً مضطرباً ولديه شكل واحد فقط من أشكال سوء التوافق دون وجود أعراض أخرى . فكثيراً ما نجد لدى المريض مشكلات سائدة مصحوبة بأخرى لم تصل بعد إلى درجة الإضطراب الحاد نفس الأمر بالنسبة للأسباب . فنادراً ما نقول عن أية مشكلة لدى أي فرد أن هناك عاملاً واحداً من عوامل خلفية هذا الفرد هو المسؤول عن هذه الإضطراب ، بل هناك العديد من العوامل المتنوعة التي تسهم في إحداث مشكلة ذات نوع معين .

وأفضل تصوير لتعدد العوامل التي قد توجد من خلفية الفرد والتي تؤثر على سلوكه تظهر من دراسة تاريخ حياة اللص الشهير كاريل شيسمان Chessman (١٩٥٥) الذي اعتقل بتهمة احتراف اختطاف الأطفال . يذكر شيسمان أن تاريخه الطويل في عالم الإجرام إنما يرجع إلى تربيته في لوس انجيلوس بأمريكا في حي شعبي فقير وإلى محاولات تعويض كونه طفلاً لقيطاً عندما كان صغيراً . كما أنه عانى كثيراً وهو صغير من التهابات الدماغ Enceplhalitis وهو مرض يحدث تغيرات سلوكية غير مرغوبة في ضحاياه . ولذلك فإن كل أولئك الذين يعتقدون في القوى المختلفة للمجتمع ، ومشاعر النقص أو العوامل العضوية كأسباب رئيسية للسلوك المشكل قد يقتنعون بوصف شيسمان لسلوكه المنحرف . وبالإضافة إلى الأسباب التي سبق أن ذكرها ــ هناك عوامل معينة في علاقاته الأسرية تدعم التفسير الذي قدمه أصحاب مدرسة التحليل النفسي لسلوكه .

فرغم أن هناك قوى عديدة تشترك في إحداث كثير من المشاكل السلوكية إلا أن تأثير أي قوة على حده يختلف من سلوك لسلوك . ولذا فإن العبارة تقول : المشكلة « أ » ذات محتوى حيوي

وراثي أكبر ولكنها أقل تأثراً بالوسط الإجتماعي للمريض من المشكلة « ب » . والتأثير النسبي للقوى المتعددة والتي يعتقد أنها تسبب اضطراباً سلوكياً معيناً لم يتحدد بعد بصورة قاطعة .

القوى الوراثيـــة :

يتعلق كثير من أنواع السلوك المشكل بسوء التوافق العاطفي أو الانفعالي . فالفرد قد ينفعل وتتضخم مشاعره حول أحداث قد لا تحدث أي أثر في أفراد آخرين ، أو قد يضعف إحساسه جداً ولا يكون له اتصال كبير بالآخرين . وهنا نسأل أنفسنا في أي الموقفين لا يتأثر كثيراً بالقبول أوعدم القبول الاجتماعيين ويظهر عليه القصور والعجز عن تعلم الادوار الاجتماعية ؟ . والصغير المضطرب الخائف العصابي ، والجانح المريض النفسى (السيكوباتي) يشتركان في شيء عام : هوأن كلاهما لايتأثر باتجاهات الاخرين نحوه — أو — بالمستويات الداخليه التى يتأثر بها الاطفال العاديون الافضل تكيفا . فالفروق الفردية في الانفعاليه وفي الاستقرار الانفعالى تتعلق إلى درجة معقولة بالأسس الوراثية (Vandenberg ١٩٦٧) . وبهذا المعنى العام فان القوى الورا ثيه قد تكون السبب في كثير من انواع السلوك المشكل .

ويتضح بعد الوراثة على وجه التحديد في كثير من حالات فصام الشخصية . فلو اصيب واحد من شقيقين بفصام الشخصية فان احتمال اصابة الاخر بنفس المرض هو ١ : ٧ ، ونفس النسبة محتملة بالنسبة للتوائم المتآخية (الناتجة من زيجوتين)، وتصبح النسبة بين الاخوة غير الأشقاء ١ : ٥٠ . اما النسبة بين التوائم المتماثلة (الناتجه من زيجوت واحد) فهو ٧ : ٨ . ورغم ان هذه النتائج التى ذكرها « كولمان Kallmann » (١٩٥٢) قد إنتقدها «جاكسون وباستور Jackson, Pastore » (١٩٦٤) على اساس ان دور الوراثة في احداث السلوك المشكل اقل مما ذكره كولمان Kallmann فهناك بحوث تشير إلى انه حتى بين التوائم المتماثلة لا تكون ظروفهما من حيث الاصابه بالمرض واحده ، فهناك فروق في البناء الاسرى وفروق في المعاملة الموجهة نحو كل من زوجى التوائم .

وفي دراسة على توائم رباعية جميعها من الإناث وتتميز بفصام الشخصية وجدأنالاصابه بفصام الشخصية تحددها عوامل وراثية ولكن حدة اعراضها إنما تحددها كمية الضغوط البيئية . كما يبدو أيضا ان الميل للإقتراب من المثير أو الانسحاب بعيداً عنه والحالة الانفعالية العامة ومستوى النشاط — يبدو أنها تتحدد أيضا عن طريق العوامل الوراثية .

وحيث تتعلق تلك العوامل بالسلوك الفصامى - فليس من المستغرب ان نجد ان بعضا من انواع الاضطرابات الفصامية ترجع بقوة إلى العوامل الوراثية .

لكن الربط بين اضطرابات السلوك وبين العوامل الوراثية بهذه الصور أمريؤدى إلى اليأس . لكن هناك مايسمى بالتخلف العائلى - أو افترض بعض الباحثين ان احد اسباب مايسمى عادة بالتخلف العائلى يرجع إلى العوامل الوراثية . فالسلسلة العائلية للأنثى قد تزودها ببيئة رحمية غير ملائمة مما يؤدى إلى انتاج نسبه عالية من الولادات المتخلفة . واذا كان الامر كذلك نتوقع ان تكون الأخوات والخالات من المتخلفين بالمقارنة بالإخوة والأعمام مما يؤدى إلى زيادة نسبة الولادات المتخلفة في الاسره إلى جانب ماهو موجود فعلا .

ويؤكد ذلك نتائج دراسة «ريد وريد Reed and Reed » (١٩٦٥) عن التخلف العقلي في للعائلة فيقول :

إن نتائج الدراسة تشير إلى إمكانية وجود سبب للنمو الناقص يكمن في عوامل الوراثة التي تؤدي إلى تكوين أطفال ضعاف العقل . وتكشف عن وجود مخاطرة كبيرة في التزاوج من الإناث الأقارب . وينصح الطب الوقائي بدراسة مثل هذه الحالات قبل الإقدام عليها - ورعاية الجنين داخل الرحم رعاية خاصة كمحاولة لتقليل الخطر (وتتوفر هذه الأيام المعلومات والحقائق العلمية اللازمة والجهود الطبية الملائمة لمثل هذه الأمور) .

وقد يكون هؤلاء الأطفال المتخلفون عقلياً نتيجة لرحم الأم غير الملائم مختلفين عن باقي الأطفال المتخلفين عقلياً لأسباب أخرى كما في حالة العائلات المتخلفة ثقافياً .

ولو وجدت مثل هذه الفروق لظهرت عند تطبيق اختبارات غير لفظية وخالية من تأثير العوامل الثقافية على المجموعتين . وتكثر نسبة الأطفال الذكور المتخلفين على نسبة البنات المتخلفات عقلياً والناتجة من رحم غير ملائم ، وهذه النسب تزيد على نسب المتخلفين عقلياً بسبب العوامل البيئية غير الملائمة .

العوامل الخلقية (العيوب الخلقية) :

من الصعب أن نفصل بين عوامل الوراثة والعوامل الخلقية مادامت أعراض كل منهما تتضح منذ الميلاد أو بعده بقليل. ويقرر «كاوي وباسامانيك Kawi & Pasamanick » (١٩٥٩)

أنه قد يحدث استمرار للنمو غير الطبيعي داخل الرحم (مع وجود مكونات مميتة عبارة عن حالات من الإجهاض وولادات ميتة وموت للأجنة قبل ولادتها،وبعض الحالات المؤدية إلى تشوهات وأمراض ولكنها غير مميتة مثل : الشلل المخي (Cerebral palsy) والصرع (epilepsy) والنقص العقـلي (mental deficiency) واضطرابات السـلوك في الأطفال . وهناك بعض الحالات التي تكون نتيجة لسوء التغذية وابعض التعقيدات أثناء الحمل مثل : النشاط الزائد (hyperactivity) والبلبلة وسوء التنظيم في الأطفال ، وجميع ما سبق مظاهر قد نخلط بينها وبين بعض الاضطرابات التي تسببها العوامل الوراثية أو بعض الأضرار التي تحدث للمخ بعد الولادة .

العيوب الجسمية فيما بعد الولادة :

إن الضرر الذي يحدث للمخ في الرحم أو عند الولادة أو بعد الميلاد يؤدي إلى إحداث سلوك منحرف كما في حالة النقص العقلي . ويحدث هذا التلف نتيجة لاضطرابات النمو غير السليم ونتيجة الأمراض كالتهاب الدماغ (encephalitis) والتهاب الغشاء السحائي (المغلف للمخ) (meningitis) والتشوهات الجسمية . لذلك فإنه يعد عاملاً يستحق الإهتمام عند دراسة المشكلات السلوكية . ومن جهة أخرى فإن هذه الأمراض وهذه الأسباب هي الشماعة التي يعلقون عليها عيوب أسلوبهم في التربية ، فعندما يظهر السلوك المشكل بحدة يرجعون أسبابه إلى ما يصيب الأطفال من حمى شديدة أو حوادث سيئة .

ويصاب كل الأطفال في فترة من فترات حياتهم بالحمى أو بحوادث من نوع معين ولكنهم لايصابون جميعاً باضطرابات في السلوك . إلا أن مفهوم الآباء عن الإصابة والضغوط التي يسلطونها على الطفل يسهمان في تكوين المشكلة السلوكية بوضوح . صحيح أن كثيراً من الإصابات الجسمية يحدث فيما بعد الميلاد وقد تصاحب النمو العادي ومنها التغذية ، كالتأثيرات السلبية لسوء تغذية الأم أثناء الحمل وسوء تغذية الطفل بعد الميلاد وستتحدث عن أهميتها عند الحديث عن التغذية . فسوء تغذية الطفل بعد الميلاد له تأثيرات سلبية (كابلان Kaplan ، ١٩٧٢) تشير إلى حدوث آثار ضارة لسوء التغذية على التكيف وكذلك على الذكاء وخاصة لو حدث سوء التغذية في العامين الأولين من حياة الطفل (يتم في هذه الفترة ٩٠ ٪ من نمو المخ) وهو تأثير هام أيضاً بعد ذلك .

إن تأثير العوامل البيولوجية في الفترة التي تلي الميلاد يؤكدها « هب Hebb » (١٩٤٩) فيقول أن السلوك العصابي والذهاني يتعلقان على الأقل في بعض المناسبات – بعدد كبير من الأمراض

الجسمية . وتتعلق الحالات الجسمية سواء كانت موروثة أو خلقية أو حدثت بعد الميلاد بالاضطرابات السلوكية . ولهذا السبب فنحن لا نبالغ إذا أكدنا ضرورة الاهتمام بالحالة الجسمية للصغار الذين يشار إليهم اجتماعياً أو عن طريق العيادات أنهم أطفال مشكلون .

العوامل الغذائية ومشكلات الأطفال :

من الواضح أن التغذية فيما قبل الميلاد مسؤولة عن حدوث مشكلات السلوك كما هو الحال بالنسبة لسوء التغذية بعد الميلاد . ويؤثر سوء التغذية في نواح هامة مثل :

(١) ضعف القدرة على تمثيل بعض الأحماض الأمينية .

(٢) يؤدي النقص الحاد في كمية السعرات البروتينية إلى إضطرابات مثل الهزال العام والاسقربوط (kwashiorkor, marasmus) . وهذه الاضطرابات قريبة الشبه من بعضها وتسمى هزالاً عاماً إذا حدثت في الحال بعد الفطام وتسمى اسقربوط إذا حدثت بعد ذلك . وكلا هذين النوعين من سوء التغذية الحاد يؤدي إلى الخمول والبلادة الذهنية فهي تؤدي إلى عدد أقل من خلايا المخ وانخفاض في وزنه . وإذا ما قدمنا للطفل الغذاء الملائم فإن ذلك يؤدي إلى تحسن نسبي – ولكن – تبقى بعض الآثار الدائمة في صورة نقص في الطول والوزن وأبعاد الرأس والمقاومة للضغوط ونتائج العمليات العقلية .

ونقص التغذية الشائع المرتبط عادة بالطبقة الاجتماعية له نتائج مشابهة لما هو موجود في حالة الاسقربوط وربما كان هناك ارتباط ما بين التعرض لسوء التغذية والطبقة الاجتماعية كتلك العلاقة الواضحة القائمة بين حسن التغذية والطبقة الاجتماعية .

وهناك عوامل أخرى بالنسبة للتغذية ذات تأثير هام أيضاً منها المبيدات الحشرية (Insecticides) والتي يدخل في تكوينها أساساً الفوسفات العضوي وهو الآن جزء من الطعام الذي نأكله . وسنناقش بهذا الصدد مشكلتين هامتين من الناحية العلمية ومن ناحية الاهتمام بهما وهما الاجترار الذاتي (Autism) والنشاط الزائد (hyperactivity) وعلاقة التغذية بكل منهما .

أولاً : الاجترار الذاتي : Autism

إن الاضطراب الذي يشار إليه على أنه اجترار ذاتي (أي عدم الوعي بعوامل الاتصال أو الجذب بين الأشخاص) قد سمي اجترار الطفولة المبكرة على يدي مكتشفه دكتور Leo kanner.

لقد ميز كانر في بداية الأمر نوعين من الفصام هما اجترار الطفولة المبكرة المسمى Autism وفصام الطفولة المسمى Schizophrenia (١٩٤٣) . فمن بين جماعة الأطفال الذين شخص حالاتهم على أنها اجترار ذاتي وجد مجموعة منهم تشترك في خصائص عامة ويختلفون عن فصام الشخصية العادي في الآتي :

١ – الإصرار على التماثل في البيئة الطبيعية ، وأي تغير طفيف كأن نقلب الطفل من على الجانب الأيمن إلى النوم على الجانب الأيسر – كاف لإحداث قلق بالغ سرعان ما يتحول إلى ثورة وهياج شديدين

٢ – الوحدة التلقائية Autistic Aloneness ويتضمن ذلك ما يبدو أنه انشغال بالآخرين. والطفل الاجتراري قد يجلس لعدة ساعات محملقاً في فراغ متجاهلاً كل محاولات الاتصال به .

٣ – وعلى عكس الأطفال الفصاميين العاديين يتميز هؤلاء الأطفال بالصحة الجيدة وبالجاذبية وأنهم يسبقون أقرانهم في النمو كما يتميزون باليقظة .

٤ – يفضلون وهم في سن ٤ – ١٨ شهراً الأشياء على الناس ، وبكمية غير عادية من الخوف من الغرباء ولذلك لا توجد عواطف إيجابية نحو المألوفين لديهم كالآباء .

٥ – مع تقدم العمر تتضح حالات كالبكم والكلام غير العادي والفيتيشية (وهي نوع من الارتباط بأشياء تتعلق بالجنس الآخر وتتصف بالعشق) وحركات كالتي تؤدي في الشعائر الدينية . ويذكر « كانر » أن الأطفال الاجتراريين من هذا النوع تظهر عليهم مواهب فائقة خاصة في أمور مثل الذاكرة أو العمليات الحسابية والرياضية . وأغلب حالات المعتوهين النوابغ تندرج تحت هذا النوع من الفصام .

ويعد « ريملاند Rimland » (١٩٦٤) أفضل من وصف حالة الاجترار الذاتي، كما أنه ربط بينها وبين العيوب الخلقية والوراثية التي تصيب الجنين في مرحلة نمو التكوين الشبكى للمخ (Reticular كتلة من خلايا وألياف عصبية في جذع المخ فوق النخاع الشوكي تعد مهمة في اثارة الكائن وأيضاً في التحكم في الانتباه والتمييز الادراكي). ويقول البعض أن الاجترار الذاتي يرجع إلى اتجاهات الآباء التي تتميز بالنبذ للطفل . ولكن « ريملاند » يذكر أنه لو كان السبب هو نبذ الآباء للطفل لوجدنا أن طفلاً واحداً فقط في الأسرة هو الذي سيتعرض لهذه الحالة . ومن المتوقع أن الحالة المرضية للآباء عندما تكون كبيرة بدرجة تكفي لنشأة الاجترار الذاتي ستؤثر على نمو أطفال آخرين – ولكن هذا لا يحدث . كما أن معدل الاتفاق بين التوائم

المتآخية على عكس التوائم المتماثلة يفترض وجود بعض العوامل الوراثية . ومع ذلك نقول لآباء الأطفال المصابين بالاجترار الذاتي أن السبب هو نبذهم للطفل مما لا يؤدي إلى نتائج إيجابية لصالح الطفل .

ويرى « ريملاند » احتمال وجود عامل وراثي ذي تأثير يؤدي إلى عجز أو قصور في تصريف الشحنة المثيرة عند مستوى التكوين الشبكي المخ .

ثانياً : النشاط الزائد : Hyperactivity أو Hyperkinesis

إن تشخيص هذه الحالة يعني كون الأطفال أكثر نشاطاً مما يريده البالغون لهم . فالمدرسة عادة ما تتطلب وتفرض على الطفل الانتباه التـام quite attentiveness . لذا يعرف أغلب الأطفال ذوي النشاط الزائد في المدرسة على الأخص . وهناك مثال لمثل هذه الحالة . ففي سن ثلاث سنوات وستة أشهر كان الطفل يتميز منذ المهد بالتعاسة والنشاط الزائد عن الحد وعدم إمكانية التحكم فيه ، ولم تكن لديه القدرة على تركيز انتباهه على أي موضوع لأكثر من ٢ - ٣ ثواني . وقد وجـد أن تأثير الريتالين Ritalin محـير وغير مألوف على كثير من الأطفال المرضى - فقـد هدأ الحالة تماماً . وعنـدما عومل به الطفـل (س) تحول رد الفعل في الحال إلى الهدوء وأصبح أقل شروداً distractible وظهر في صـورة أفضل من حيث الضبط النفسي ، وبدا أكثر استعدادا للاستجابة إلى المطالب العادية الروتينية . وبدأ الطفل (س) في سن الخامسة في الذهاب للمدرسة وبدأ يتقدم في المواد الدراسية الصعبة . وقبل شفائه لم يكن في مقدرته حفظ الأرقام أو الحروف الأبجدية ، رغم أن الكل يعلم عنه أنه ذكي وكثيراً ما ابتكر طرقاً للتخريب في الفصل ولكنه لم يشترك مع زملائه في تنفيذها ، وقد حدث صراع كبير بين الطفل (س) وبين أسرته طوال عامين ونصف العام . وحدث ذلك أيضاً مع مدرسيه ومع أقرانه ومع جيرانه من الأطفال الذين أمكنه أن يحتفظ بهم . وعندما أصبح في السابعة والنصف من العمـر أضيف إلى المواد التي كان يتنـاولها كعـلاج مادة الـ « Stelazine » وهو عقار مسكن لزيادة الضبط أثناء ساعات المدرسة . لقد أمكن لمادة الستيلازين تهدئته عندما لم يعد لمادة الريتالين تأثير عليه . كما ساهمت المادة المسكنة التي أعطيت له على تكوين نمط معين في نوم الطفل الذي لم يكن مستقراً أبداً ، فقد هدأت حركة العضلات الدقيقة التي لم تكن تهدأ أبداً . لقد تألم والداه جداً - فقد تعود طفلهما ذو الأعوام السبعة على العقاقير لمدة أربع سنوات بعدها بدأ يأخذ عقاراً آخر ، وكان يعتمد كلية عليها عقاراً بعد عقار . .

ويذكر « فاينجولد Feingold » (١٩٧٥) أن نسبة الأطفال ذوي النشاط الزائد وعدم القدرة على الدراسة قد ازدادت من ٢ ٪ سنة ١٩٦١ إلى ٢٠ ٪ سنة ١٩٧٣ في الولايات المتحدة الأمريكية .

العوامل المشتركة في الاجترار الذاتي والنشاط الزائد :

النشاط الزائد من الأمور الشائعة بين الأطفال، ولكن الأطفال المصابين بالإجترار الذاتي يعدون من الحالات النادرة . ورغم هذا فإن كلتا الحالتين تتشابه في بعض الأمور مثل :

١ – تزايد وجود هاتين الحالتين عاماً بعد آخر .

٢ – يبدوا أن كلا النوعين من العجز مرتبط بقصور في نواح تعليمية معينة وبمستوى عقلي عام عادي أو فوق العادي .

٣ – إسهامات الآباء : ظهر في بعض الدراسات أن الاجترار الذاتي يحدث بين أطفال الآباء ذوي المستوى التعليمي أو الوضع الاقتصادي العالي ، ولكن الدراسات الأخرى تشير إلى أن الحالة تتوزع بين الناس عامة .

٤ – يصاب بها بحدة واحد فقط من الأبناء – ونادراً ما يصاب بها أكثر من واحد ، وتلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في احتمال الإصابة بها .

٥ – تصاب نسبة أعلى من الذكور بالمقارنة بالإناث من الأطفال وهي ظاهرة تلاحظ بين جميع الاضطرابات السلوكية في الأطفال .

الأسباب الممكنة لكل من الاجترار الذاتي والنشاط الزائد :

يجمع كثير من العلماء المختصين باضطرابات السلوك وخاصة الاجترار الذاتي والنشاط الزائد على أن ما قدمه « فاينجولد » من مناقشات ووسائل علاج كأمر مقنع وتتلخص في :

١ – يحدث اسيتيل سالسيليك أسيد (وهو العنصر الفعال في الأسبرين) آثاراً مضادة في بعض الناس .

٢ – يوجد نفس هذا الجزيء (حمص اسيتيل سالسيليك) في بعض المواد التي نضيفها إلى الطعام وخاصة تلك المواد التي تعطي نكهة أو لوناً صناعياً للأطعمة أو أي مادة نتناولها من المواد التركيبية الصناعية . وهي مشتقة أو مستخرجة من قطران الفحم .

٣ – هذا النوع من المواد المضافة أو التي تعطى النكهة قد شاع استخدامها خلال القرن الماضي وخاصة خلال عشرات السنين الأخيرة .

٤ – يختلف الأشخاص في مدى حساسيتهم لحامض الأسيتيل سالسيليك ، حيث تزيد نسبة الذكور المعرضين للتأثيرت العكسية لهذه المادة .

٥ – وحيث يستمر تعرض الفرد لهذه المادة في ازدياد – فإن نسبة الأفراد الذين يتأثرون بها تزداد أيضاً .

٦ – أما النتائج السلوكية لإصابة الفرد بالحساسية وللتعرض بها فتضمن النشاط الزائد – والقصور التعليمي – والعواقب السلوكية الأخرى للمرض .

ويضيف « فاينجولد » إلى ذلك أن هناك عوامل متزايدة التأثير والتغيير منها :

الازدحام . مدة البقاء أمام التليفزيون ، نسيان الأشياء أو الأسماء ، التعرض لمبيدات الحشائش والحشرات ، الماريجوانا واستخدامها ، كثرة استخدام المواد المضافة إلى الأطعمة سواء الملونة أو المنكهة ، مستوى الأوزون الجوي ، استمرار حياة الأطفال المشوهين .

أما الأغذية الطبيعية فهي حالة أخرى – فلسوء الحظ يوجد حمض الأسيتيل سالسيليك في الأطعمة الطبيعية مثل الطماطم والبرتقال بالنسب الموجودة بها في الأطعمة الصناعية الملونة أو المنكهة مما يقرر ويزيد ويؤكد تأثيرها على السلوك .

العوامل الأسرية ومشكلات الأطفال :

كان يعتقد منذ فترة طويلة أن اسباب الأمراض تكمن في الوضع الأسري ، أما النظريات الحديثة فترجع الأمراض الشائعة بين الأطفال إلى سلوك الوالدين وخاصة الأم .

ومما يدهش حقاً أن نجد اتجاهاً متزايداً يحمل الآباء الذنب والمسؤولية فيما يحدث للأطفال — بينما يبرأ المريض أو الفرد المشكل سواء كان طفلاً أم بالغاً من أي مسؤولية . وعلى أية حال فإن انحرافات الآباء تسهم في إبراز السلوك المشكل عند أطفالهم ولهذا يجب أن نضع تلك الانحرافات الوالدية في الاعتبار كأسباب عند مناقشة مشكلات الطفل .

تأثيرات الآبـــاء :

هناك تفسير اجتماعي للتأثيرات الأسرية على الطفل تبدو واضحة وقاطعة . فكما يشير « أكرمان Ackerman » (١٩٥٨) فإن الآباء غالباً ما يحدثون في الطفل نوعاً من المرض من شأنه أن يشبع حاجات والدية معينة . والمثال على ذلك أن الآباء عندما يكرهون نماذج السلطة ولا يمكنهم إظهار هذه الكراهية للآخرين — فقد يلجأون بطريقة غير واضحة إلى تدعيم وتعزيز سلوك التمرد والعدوان في الطفل . ولا يصعب على الطفل ولا يحتاج لكثير من الخيال والذكاء لكي يتبين أن والديه يكونان سعيدين عندما يعتدى على الآخرين ، وأن عدوان الأبناء على نماذج السلطة الخارجية يعد مصدراً لسعادة آبائهم . وفي أحيان أخرى يلعب الآباء دوراً هاماً في انحراف الطفل بتزويده بنموذج السلوك المنحرف « روباك وجونسون Johnson & Roebuck » (١٩٦٤) أن الطفل الذي يرى والده يخدع الناس سيكون مخادعاً والذي يتعود من والديه الغش والخيانة سيكون خائناً . وما ذكرناه إنما هو أمثلة للتقليد والتعليم الإجتماعي المباشر . فالطفل يتعلم من والديه عن طريق التقليد أسلوباً من الحياة قائماً على الخداع والغش أو الخيانة أو الإجرام .

وقد يتعلم الطفل من الوالدين أسلوباً آخر وبنفس الطريقة كتوهم المرض مثلاً (هيبوكوندريا hypochondria) فملاحظة الطفل للأب الذي يستخدم نمطاً استجابياً معيناً نحو الحياة ويرى هذا السلوك مجزيا فإنه يتبناه كأسلوب خاص به .

وفي حالات أخرى من الإضطرابات النفسية التي تسببها الظروف الأسرية لا نجد العيب في أعضاء الأسرة كأفراد — بل في نمط التفاعل القائم في الأسرة . وأحد عناصر التفاعل الأسري هي تلك الأوامر والنواهي المتناقضة . التي نعد فيها الطفل بأنه إذا فعل أمراً ما فإنه سيعاقب عليه وأنه إذا لم يفعله فإنه سيعاقب أيضاً وإليك هذه القصة :

ذهبت الأم لزيارة طفلها (في الثالثة عشرة من عمره) الذي شفى حديثاً من حالة حادة من فصام الشخصية (Schizophernia) وعلى وشك الخروج من المستشفى . وعندما رآها سعد جداً وأحاطها بذراعيه وعندئذ عنفته قائلة ألم تقلل من حبك الزائد هذا ؟ فاحمر

خجلاً، ثم استطردت تقول ياعزيزي يجب عليك ألا تتأثر وتخاف بسهولة هكذا من إبداء مشاعرك .

وهناك أنماط أخرى من التفاعل الأسري تؤدي إلى الاضطرابات النفسية منها التشويش وعدم التثبيت disconfirmation . وفيها يستجيب الآباء لسلوك الطفل كما لو كان سلوكاً غير مقبول ولا أهمية له . وكذلك الإعاقة disqualification أو الحرمان من الفرص الملائمة والإمكانيات والخصائص مما يشعر الطفل بالعجز وعدم الملاءمة والفشل — أو الحرمان من الفرص التي تؤدي به إلى مواجهة الحياة مواجهة مقبولة الأمر الذي يدفعه إلى مواجهة القوانين بالعنف . وقد نجد في مثل هذه الأسر أن الأم هي التي تخلق كل ما يحدث ولكنها تنكر ذلك أو تتهم أحداً غيرها بذلك . وقد يدفعها الزوج إلى خلق المتاعب ثم يتهمها بخلق هذه المتاعب وغالباً ما يتجهان معاً إلى اتهام الطفل بأنه السبب ثم يحاولان إحباط كل محاولاته لإيجاد نفسه أو إثبات وجوده (هالي Haley ١٩٦٣) .

ما سبق يعد بعض نظريات التفاعل الاجتماعي باختصار . ورغم أن المثالين الأخيرين يظهران الأم على أنها المتسبب الأول في الخطأ (شريرة) فإن الأمر غير ذلك . فهذه النظريات تؤكد على طبيعة التفاعل القائم في الأسرة ككل بما فيها الأب والأم والأشقاء .

إن اضطراب العلاقات داخل الأسرة يعد مصدراً هاماً للمرض والاضطراب الذي يصيب الطفل . ويبدوا أنه من الممكن أن يكون بكل أسرة اضطرابات من هذا النوع ، فيذكر « شوفيلد وبالين Schafield and Balian » (١٩٥٩) أن غالبية الذكور الذين يتصفون بأنهم عاديون لديهم كثير من العوامل المرضية في بيئاتهم المنزلية كتلك الموجودة لدى المرضى المترددين على المؤسسات العلاجية . وأن هناك خبرات كثيرة مشتركة بين العاديين وغير العاديين . وإذا كان الأمر كذلك فهي لا تسبب وحدها الاضطرابات النفسية وبالأحرى فإنها تحدث اضطراباً في بعض الناس دون البعض الآخر . والمشكلة الحقيقية هي أن نحدد لماذا يكون بعض الناس أكثر عرضة لهذه التأثيرات وبشدة دون غيرهم ؟

التشخيص ومشكلات الأطفال :

وهناك عامل آخر في الموقف الأسري هو دور الآباء في التشخيص . إن العنصر الأساسي في كل المشاكل السلوكية هو أنها تشخص عن طريق فرد ما . ففي العيادات ينظر الأخصائيون لسلوك كثير من الأطفال على أنه يمثل سلوك غالبية الأطفال العاديين ، بينما ينظر الآباء لسلوكهم كمشكلات حادة بينما هو أقل حدة في نظر المدرسين . وبعض الأطفال الذين ينظر إليهم

الناس على أنهم يسببون أقصى درجات الإزعاج هم ملائكة في نظر آبائهم . كذلك فإن عبارة ما في مقياس الكذب قائمة على أساس أن أي فرد سيعترف بصدق أنه سبق أن وقع في حالة سرقة ولو بسيطة في الماضي خلال الطفولة سينظر إليها من الوجهة الإحصائية على أنه سلوك عادي . كذلك ينظر إلى أغلب الأطفال على أنهم يقعون في أنواع معينة من السلوك الجنسي في فترة معينة من فترات نموهمّ فيما قبل مرحلة النضج ، فإذا نظر أحد من الآباء إلى مثل هذه الأنواع من السلوك على أنها شر مستطير أو رمز للشر وأن الطفل بالتالي ذو طبيعة شريرة فقد يتقبل الطفل المفهوم التشخيصي الذي أقامه الآباء على أنه شرير أو جانح ويعيش نفس الدور الذي وصفوه به .

وهناك موقف يتعلق بمشكلة التشخيص وهو موقف التغذية ، والأخصائيون النفسيون على ألفه بكثير من المواقف التي من هذا النوع والتي تشكو منها الأمهات عندما يقلن أنه لم يأكل شيئاً منذ يومين ولا يفعل شيئاً سوى النظر إلى طعامه وأنا خائفة من أن يمرض إن لم يأكل أكثر . وإذا ما نظرنا إلى الطفل الجائع الذي يرافقها إلى العيادة نجده غاية في النشاط والصحة وواضح أنها أحسنت تغذيته . فتشخيص الأم هنا ليس له أساس في الواقع ولكنه ذو أهمية بالغة لديها .

وكثرة مشاكل التغذية (٢٥ ٪) بين الأطفال ممن يأتون إلى العيادات قد تم تشخيصها عن طريق الآباء على أن لديهم مشكلات مرتبطة بالتغذية . وطبقاً لدراسة « كانر Kanner » . (١٩٥٧) ترتبط هذه المشكلات بعناصر الثقافة وكذلك بعلاقة الأم بالطفل . والمشكلة في كل الأمثلة السابقة ترجع إلى عملية التشخيص أكثر من سلوك الطفل .

فعندما يبدأ التشخيص تبدأ معاملة الطفل بصورة مختلفة ، وقد يتقبل الآباء الطفل المشكل ودوره ، ويصبح الأمر مشكلة جوهرية . كما أن الطفل الذي حكم عليه الآباء بأن لا أمل فيه يبدأ في الاعتقاد أنه يجب أن يعيش الحياة التي وصف بها . فالطفل الذي وصف بتهتهة ، والطفل الذي أعتبر غبياً قد يصبح متخلفاً في تحصيله ، والذي أعتبر أنه مشكل في تغذيته يصبح كذلك . ولذلك على الآباء أن يحرصوا جداً في تشخيصهم لحالات أطفالهم .

وهناك نقطة أخيرة فيما يختص بالعوامل الأسرية التي تؤدي إلى المشاكل السلوكية — هي أنه ينظر دائماً إلى الأم على أنها المسؤولة عن مشكلات الطفل . فالرعب الذي يوصف به الطفل مرجعه لوجود أم مريضة ، وينظر إلى الأم كمريضة بإرادتها ورغبتها لا ككائن واقع تحت تأثير قوى بيئية مؤثرة عليها . وتذكر « رو Roe » (١٩٥٣) أن أولئك الذين يلقون تبعة مشكلة الأطفال على الأمهات إنما يعيشون بعيداً عن الواقع ، لأنهم في الواقع يعكسون حياتهم هم أنفسهم — فهناك مؤثرات عديدة يسيطر بعضها ويعقد من طبيعة دور الأم . حقيقي أنه في بعض الحالات تكون الأم العامل الأساسي في حدوث اضطرابات سلوكية لدى أبنائها — ولكن

هناك حالات أكثر لأمهات غير مسؤولات عن ظهور مشكلات سلوكية لدى أبنائهن .

ويذكر « ميديناس Medinnus » ، وجونسون ، وريكيت ، وبرجهام Brigham Johnson, Ricketts, (١٩٦٧) أن المشكلات السلوكية المتولدة عن أمراض نفسية بين الأولاد الذكور إنما ترتبط بضعف العلاقة بين الأب والإبن ، ولكن الاضطرابات العصابية العديدة ترتبط بفقر وضعف العلاقة بين الأم والإبن .



أمور يجب على الآباء مراعاتها في تربيتهم لأطفالهم

- إحساس الطفل بالأمن .
- ثقة الطفل بنفسه .
- أن يشعر بأنك تحبه .
- أن يشعر الطفل بأنك تريده .
- أن يكون شخصاً اجتماعياً محبوباً بين زملائه .
- أن تكون له علاقات قوية بالآخرين من الناس .
- أن يكون متسامحاً مع الآخرين ومتفهماً لهم .
- أن يكون متقبلاً لما تمليه السلطة من ضوابط .
- تحمل المسؤولية تجاه نفسه .
- تحمل مسؤوليته تجاه الآخرين (أن يحسن القيام بالعمل الذي يكلف به) .
- أن يحب منزله وأعضاء أسرته .
- أن تضع أمام الطفل نماذج طيبة من العلاقات الأسرية يقتدى بها .
- معالجة أي سلوك غير طيب بمجرد ظهوره .
- أن يفسر للطفل لماذا يعد سلوكاً ما سلوكاً غير مقبول .

- أن تعطى الطفل فرصة ليفسر لك لماذا قام بالسلوك الخاطىء .
- أن تتوقع من الطفل أن يقوم بسلوك الكبار الناضجين .
- أن يعرف الطفل أن عليه مسؤوليات نحو أسرته كما يفعل الآخرون .
- عقد اجتماعات أسرية كل أسبوع يتكلم كل فرد فيها بصراحة تامة عن أفكاره وآرائه وعن الطريقة التي يمكن أن يكون المنزل بها مصدراً للسعادة .
- الموافقة على أن يكون له أصحاب وأصدقاء يتزاورون معاً .
- تعديل أنانية الطفل قبل أن تصبح عادة تحرمه من صحبة الآخرين .
- العمل على تقليل حالات الشجار وعدوان القوى على الضعيف وإغاظة طفل لآخر والنميمة .
- تحميل الطفل بعض المسؤوليات الاجتماعية (كالترحيب بالضيوف واحترام حقوق الآخرين وممتلكاتهم، والمحافظة على أسرار الآخرين، وتقبل اللوم، وتقييم الذات بطريقة موضوعية).
- تشجيع الطفل على تفضيل اللعب مع أقرانه على اللعب مع لعبه ودماه .
- تشجيع الطفل على أن يكون قائداً وزعيماً وتابعاً أيضاً .
- تشجيع الطفل على مواجهة الغرباء .
- تشجيع الطفل على مواجهة المواقف الغريبة والجديدة .
- إتاحة الفرصة للطفل ليقابل أطفالاً آخرين بمناسبة ودون مناسبة .
- مشاركة الطفل في ألعابه لبعض الوقت .
- أن تعرف ماذا تفعل عندما يعوقك الطفل عن أداء واجباتك .
- أن تعرف ماذا تفعل عندما تزداد مقاومة الطفل وعناده .
- أن تعرف ماذا تفعل لكي تجنب الطفل الحوادث المنزلية .

كيف نتعرف على السلوك المشكل ؟

١ ــ مقارنة سلوك الطفل بسلوك الأطفال الآخرين من أقرانه : فإذا كانوا جميعاً يسلكون بطريقة مشابهة ــ فهذا يعني أن سلوك الطفل عادي بالنسبة لسنه .

٢ ــ قارن السلوك المشكل للطفل بمعايير الأطفال من نفس السن .

٣ ــ مدى استمرارية السلوك المشكل : فلو استمر السلوك المشكل أطول مما يحدث بين الأطفال الآخرين من أقرانه . أو إذا زادت الحالة سوءاً ولم تتحسن ــ فهذا يعني أن هناك ما يمنع من الانتقال والتقدم نحو ما يجب أن يكون .

٤ ــ قارن بين سلوك الطفل في الناحية المعينة بسلوكه في النواحي الأخرى. فإذا كان متخلفاً عن أقرانه في عدة نواح . فإن هناك ما يشير إلى أن هناك ما يعوقه عن التطور إلى الحالات الطبيعية .

مراجع الفصل الحادي عشر

— Ackerman, N.W. (1958). The psychodynamics of family life. New York : Basic Books.

— Brigham, J.C., Ricketts, J.L. & Johnson, R.C. Reported maternal and paternal behaviors of solitary and social delinquents. J. Consul. Psy., 1967, 31, 420–422.

— Haley, J. (1963). Stratigies of psychotheraphy. New York : Grune & Stratton.

— Hebb, D.O. (1949). The Organization of behavior, New York : Wiley.

— Jackson, D.D. (1964). Myths of madness : New facts for old fallacies, New York : Macmillan.

— Kallmann, F.J. (1953). Heredity in health and mental disorder. New York : Norton.

— Kanner, L., Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child, 1943, 3, 217–250.

— ———————— (1957). Child psychiatry. Springfield, Ill : Thomas.

— Kaplan, B.I., Mulnutrition and mental retardation, Psychologichal Bulletin, 1972, 78, 321–334.

— Kawi, A.A. & Pasamanick. B. prenatal and paranatal facts in the development of childhood reading disorders. Mono-

graphs of the society for Research in the child Development, 1959, 24, No. 4.

— Medinnus, G.R. Delinquents perceptions of their parents. Journal of Consulting Psychology, 1965, 29, 592–593.

— Read, E.W. & Read, S.C. (1965). Mental retardation : A family study. Philadelphia : Saundars.

— Rimland, B. (1964). Infantile austism, New York : Appleton-Century-Crofts.

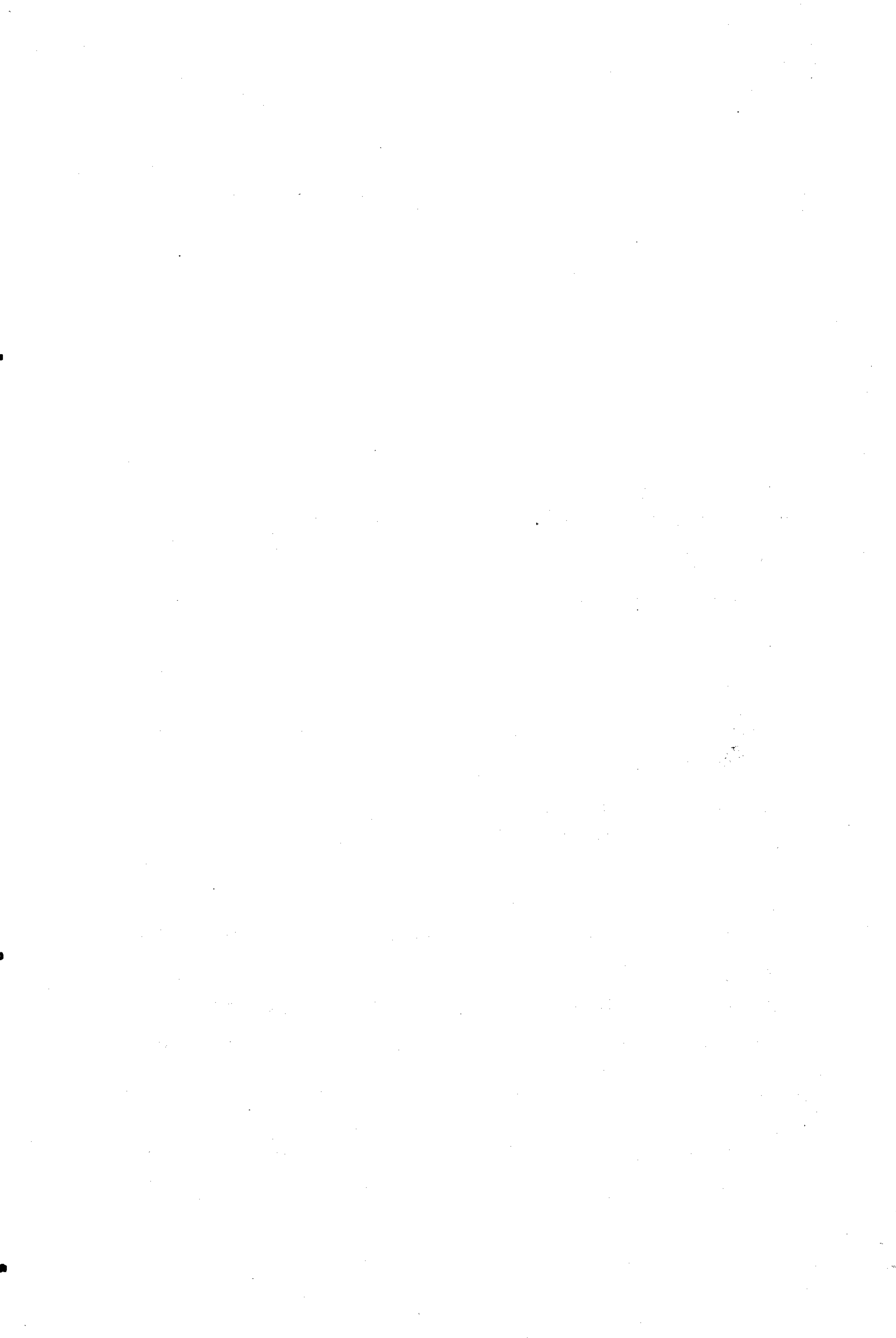
— Roebuck, J.B., & Johnson, R.C. The short con man: Crime and Delinquency, 1964, 10, 235–248.

— Schofield, W., & Balian, L. A comparative study of the personal histories of schizaphrentic and nonpsychiatrics patients. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1959, 59, 216–225.

— Vandenberg, S.G. Heredity factors in normal personality triats (as measured by inventories). In Recent advances in biological psychiatry, (Vol. 9) New York : Plenum, 1967.

الفصل الثاني عشر

السلوك اللاتوافقي في الطفولة



السلوك اللاتوافقي في الطفولة

مقدمـــــة :

يختلف ويتنوع سلوك الأطفال وكثيراً ما يكون محيراً للآباء ويدعوهم لكثير من التساؤل حول أسباب هذا السلوك الغريب أحياناً . ويتعلم الآباء وأطباء الأطفال والمدرسون والجيران جميعاً كيف يكون الفرد صبوراً وفيلسوفاً في مواجهة أنواع السلوك الغريب؟والذي لحسن الحظ كثيراً ما يكون عابراً . فالسلوك السيء والشاذ والأحمق يمر كالسحابة القاتمة ويحل محله سلوك أكثر نضجاً وذكاء .

لكن أحياناً ما تبقى السحب القاتمة – ويختفي مع بقاءها الصبر ، ثم يبدأ الآباء في اتخاذ قرار بضرورة عمل شيء ما . وكثيراً ما يكون اتخاذ قرار ما حول السلوك غير المرغوب من الأطفال أصعب من وضع قرار مشابه في حالة الكبار . فالسلوك غير المرغوب يبدو كما لو كان أموراً غير مرغوبة تتهاوى من مستودع السلوك لتخلي مكانها لمستويات أكثر نضجاً فيما بعد . وعندما يتدخل الآباء أو غيرهم فإنهم يخاطرون بتأكيد واستفحال المشكلة التي قد تختفي من نفسها لو أهملناها .

وتحتاج مشكلات الطفل أيضاً إلى عناية خاصة،ولأنه في حالة اعتماد على الغير وفي حالة نمو نجد المستودع الاستجابي في حالة تغير مستمر . وبينما نجد مشكلات البالغين كثيرة الغموض والتنوع نجد مشكلات الأطفال أكثر غموضاً وتنوعاً . وأحياناً ما تكون الشكوى من الطفل محدودة وكثيرة بحيث يصعب تصنيفها ، وربما تصور لنا الحالة التالية لطفل في رياض الأطفال كثرة المشاكل التي تواجه الطفل :

« أنيس » طفل في الخامسة من العمر ، طلبت إدارة روضة الأطفال من والديه سرعة إبعاده عنها . ويبدو من تقرير الوالدين عن الطفل « أنيس » أنه يتميز بعدة أنواع من السلوك المنحرف –

فمثلاً عندما انفصل عن أمه أصبح شديد العدوان (يعض ويركل ويقذف اللعب والدمى ، ويصرخ ويبكي) .

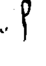
لقد امتلأت ساقا مدرسته بعدة علامات سوداء وزرقاء ، كما حاول في عدة مناسبات أن يخنقها . وذكرت الأم حالات من التبول اللاارادي المتفرق . وكان النمو الكلامي غير ناضج حيث تبدو عليه بعض عيوب النطق . كما يتصف بالسلبية في تفاعله مع الكبار ، فمثلاً كان من أصعب الأمور أن نجعله يرتدي ملابسه أو يطعم نفسه بنفسه . وقد ظنت الأم أنه متخلف عقلياً،

ولكن كشفت الدراسة أن معامل ذكائه في حدود المستوى العادي . كما أحست الأم أن أنواع السلوك المتطرف التي كشف عنها « أنيس » والتي استمرت فترة طويلة من الزمن أصبح من غير المحتمل أن تتغير . فتذكر أن « أنيس » قد أصبح ذا رأس صلبة، وكان اهتمامها منصباً على السلوك الذي كان يبديه قبل مجيئه إلى المدرسة كل صباح . ففي الأسبوع السابق أمسك بثياب آمه بأسنانه بقوة ليدفعها على البقاء معه في المدرسة . وفي سن عامين أودع أحد المستشفيات لعدة أيام للتشخيص اشتباهاً في حالة (لوكيميا Leukemia) وكانت نتيجة التشـــخيص سلبية لكن بعدها أصبح من الصعب أن يترك مع مربية الأطفال .

كان تفاعل « أنيس » مع غيره من الأطفال خلال موقف اللعب محدوداً قليل الكلام وبدائيا في نوعيته . فهو يتجاهل الأطفال الآخرين أغلب الوقت ، وعندما يتعامل معهم كان سلوكه يتصف بالعدوان والتهور مما كان يدعو المدرّسة إلى الاهتمام بحماية الأطفال منه ، وكان الأمر نتيجة كل ذلك يتطلب أحد الكبار ليتابعه من مكان لآخر . (باترسون وبرودسكي Patterson & Brodsky ١٩٦٦) .

قد يجد المعالج الخبير صعوبة في تحديد إذا ما كانت حالة « أنيس » هي نشاط مفرط — (hyperactivity) أم أنها انسحاب اجتماعي (Social withdrwawl) أم أنها نقص في النضج العام ، أم شجار مع الأقران أو قلق .

لكن ما الذي يحدث لو تركنا الطفل « أنيس » دون رعاية ؟ . يذكر كثير من المعالجين النفسيين أن الإضطرابات السلوكية بين البالغين لها جذور ممتدة إلى مرحلة الطفولة، وأنها نتيجة لخطأ في نمو الأنا — أو ترجع إلى المستودع الاستجابي غير الملائم كما يذكر البعض الآخر . وعلى أية حال فمشكلات الأطفال السلوكية المتنوعة لا ترتبط جميعها بالاضطرابات السلوكية لدى البالغين . حيث تسهم أنواع من اضطرابات الطفولة أكثر من غيرها في اضطرابات البالغين







"د"



وقصورهم . فالخجل والمخـاوف واللازمة العصـبية tics ، والعصـبية nervouness وفرط الحساسـية hypersensitivity وعيوب الكلام والعصاب في مرحـلة الطفولة لا تترك في أغلب الأحيان علامات واضحة في النمو فيما بعد . أما الذهان واللااجتماعية والسلوك التجسيدي acting-out behavoir ومشكلات القراءة الحادة جميعها ترتبط باضطرابات الكبار .

والتعبيرات الانفعالية للأطفال الصغار كثيرة التقلب ، فمشاعرهم عادة ما تكون سطحية جداً . وقد حصل بعض المعالجين النفسيون على رسومات الأطفال وأعمالهم الفنية الآخرى وذلك لقياس الوضع الجاري في حياتهم الانفعالية .

ويلاحظ من تطور رسوم الطفل كما في الصورة ما يلي :

(أ) كان الطفل في بداية العلاج يرسم بجدية شديدة آشباحاً بشعة مخيفة .

(ب) وهو يعد أحد الرسوم عن الأشبــاح : يقول عن الصورة (أ) أنهـا شبح حقيقي وأنه يشبهه ، أما عن الصورة (ب) فيقول أن الشبح في حالة ضعف ولكنه إنسان .

(ج) سئل الطفل أن يرسم نفسه ، وفعلاً قام بذلك ووصف الخطوط غير المنتظمة على الرأس والبطن قائلاً أنها آلام في البطن وآلام أخرى .

(د) خلال العلاج عن طريق الرسم – رسم الطفل صورة لأمه وأبيه – وصور نفسه بأعلى الصورة في شكل رسم صغير يرقب شجاراً بين أب صغير وأم ضخمة ، والأب يطعن الأم في ثديها .

(هـ) بعد أن رسم الطفل الصورة (د) ذهب باختياره إلى رحلة خلوية واستمتع بها وحظى ببعض الصداقات . وعندما عاد إلى الرسم العلاجي أعطيت له بعض المسامير قيل له أنه يمكنه دقها في جدار مبنى صغير . وبينما هو يقول : « أنظر – إنني مدمر » أنتج الرسم (هـ) الذي يمثل خطوة هامة متقدمة بالنسبة لعمله السابق .

الرسوم الثلاثة السابقة من عمل طفل في السادسة من عمره يتميز بفرط النشاط إلى جانب أعراض الاكتئاب . ويصور الرسم (أ) أحد أحلام الطفل حيث تحولت فيه الأشجار إلى أشباح وحشية (monesters) ويبدو الطفل وأمه في أسفل الصورة على وشك الوثوب إلى فجوة للإختباء بها . لقد كان الإختباء من الأمور الشائعة في رسومات الطفل إلى جانب الصور المختلفة من العدوان ، وكان يضع نفسه في رسوماته في دور المعتدي أحياناً وفي دور الضحية أحياناً أخرى . كما كان يخاف جداً من الدافع للعدوان سواء الصادر منه أو من والده . وخلال فترة أخرى من فترات العلاج عن طريق الرسم كان حزيناً مستخفاً بذاته وأخذ يشوه الصورة التي رسمها لنفسه (كما يبدو من الصورة رقم ب). وفي مرحلة تالية من مراحل العلاج التي تخفف فيها من بعض عدوانه – رسم صورة لحوت غاضب مطعون بسهم (الرسم ج) وفي الحال بعد هذا الرسم الأخير خف اكتئابه ولم يعد يشوه الرسم . كما لوحظ أنه ابتسم لأول مرة عندما كان يصف الحوت المطعون .

وترجع قوة السلوك المنحرف إلى أمرين :

طبيعة المشكلة ، وطبيعة البيئة التي نشأ فيها الطفل . وقد يؤدي الانتقال إلى بيئة أكثر ملاءمة للطفل إلى انحلال أنماط السلوك الانحرافي واختفائها . فقد تتبع « كادوشين kadushin » (١٩٦٧) بالدراسة (٩١) طفلاً تم تبنيهم في سن ٥ سنوات أو أكثر – هادفاً من ذلك إلى تحديد اضطرابات الشخصية التي تلي التبني . ومما تجدر الإشارة إليه أن جميع الأطفال عاشوا قبل التبني في جو من الإهمال والظلم المتطرفين . وبرغم هذه الخبرات المبكرة لهؤلاء الأطفال كانت ٨٠ ٪ من حالات التبني ناجحة .

إن مشكلات الطفولة ليست سهلة الحل لأنها كثيراً ما تتسبب عن مجموعة من العوامل المتفاعلة ، وقد لا يكون من السهل علاج كل عامل على حدة . فمثلاً قد ينتج السلوك الأكاديمي غير الملائم من نوبات الصرع الخفيف petit mal siezures ، ومن الخلافات الوالدية والدرجة العالية من القلق . وبينما يكون من الممكن علاج النوبات بالعقاقير – وأن نخفض مستوى قلق الطفل بالارشاد والعلاج عن طريق اللعب – فإن خلافات الوالدين لا يسهل اخضاعها للجهود العلاجية وذلك لقلة تعاون الآباء . كما أن الباحث يواجه عقبات خاصة عندما يحاول دراسة سوء توافق الأطفال – منها أن عليه أن يحصل على تعاون الطفل وتعاون والديه أيضاً ، وفي بعض الحالات يحتاج لتعاون بعض المؤسسات الاجتماعية أيضاً .

الوضع الحالي للسلوك اللاتوافقي للأطفال :

إن سوء توافق الأطفال من الأمور التي تتحدى العاملين المهنيين والمجتمع . ويذكر « ارون ساراسون » « Irwin sarason » (١٩٧٦) أن حوالي ٢٠٪ من الخدمات النفسية بالولايات المتحدة تقدم لمن هم أقل من ١٨ من العمر . وأن نسبة من هم أقل من ١٨ من العمر الذين يترددون على العيادات النفسية قد زادت حوالي ٥٩٪ منذ عام ١٩٦٦ ، عولج أكثر من أربعة أخماس تلك الحالات في عيادات خارجية والباقي في عيادات داخلية (يقيمون فيها إقامة كاملة) . ومنذ عام ١٩٥٠ م تضاعف عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم فيما بين ١٠ : ١٤ في الولايات المتحدة وفي نفس الوقت تضاعفت مستشفيات وعيادات العلاج الخاصة بهذه السن حوالي ٦ مرات .

ومن بين مرضى المستشفيات العقلية الخاصة بمن هم أقل من ١٨ سنة نجد أكثر من ٤٠٪ شخصت حالاتهم على أنها ذهان ، ٢٥٪ اضطرابات عقلية حادة أو مزمنة . ويقدم أكثر من ٥٠٠ر٠٠٠ طفل سنوياً للمحاكم كأحداث جانحين . وفي الوقت الذي زاد فيه المراهقون الذين يرتادون المستشفيات العقلية بحوالي ١٥٠٪ خلال الستينات فإن قليلاً منهم وجدوا العون و كثيرين خرجوا بخبرة سيئة .



مشكلات الأطفال بالنسبة لمشكلات الكبار

يمر الأطفال العصابيون والذهانيون بخبرات من القلق الحاد – وتنمو لديهم وسائل لاسوية لحل مشاكلهم ، وقد يحتاجون نوعاً من أنواع الرعاية في مؤسسات متخصصة كتلك التي يعالج فيها الكبار . وتتنوع اضطرابات الشخصية في الطفولة حسب مرحلة النمو التي يمر بها الطفل . كما تتنوع الطرق الإكلينيكية طبقاً لذلك وتختلف عن تلك المستخدمة مع الكبار (اشنباخ Achenbach ، ١٩٧٤) .

وفيما يلي بعض الفروق الأساسية بين اضطرابات الطفولة وتلك الاضطرابات الخاصة بالكبار :

١ – نادراً ما يطلب الأطفال لأنفسهم العلاج ، وليس لديهم إدراك بالخدمات التي تقدم في مجال الصحة العقلية والنفسية . ولذا يقاوم بعض الأطفال بقوة أخذهم للعلاج .

٢ – تميل مشكلات الأطفال لأن تكون وظيفة مباشرة لموقف الأسرة أكثر مما هو في حالة مشكلات الكبار .

٣ – أن انحراف الطفل عن معايير النمو يعد في غالب الأحيان عاملاً هاماً في دفع الوالدين نحو طلب المساعدة . وعندما يحدث ذلك فإن العلاج يتركز في مساعدة الطفل على أن يخطو في طريق النمو السليم .

٤ – أن أهداف ووسائل العلاج في حالة الأطفال كثيراً ما تكون أكثر تعقيداً منها في حالة الكبار . فلا يجب أن يشترك ويسهم الآباء في ذلك فقط بل إن عليهم أن يعيدوا تشكيل سلوكهم بصورة معينة تساعد على شفاء أطفالهم .

٥ – أن الأوصاف المستخدمة في تشخيص الكبار قد لا تكون ملائمة في حالة الصغار ، فالسلوك اللاتوافقي للأطفال ليس مجرد تصغير لاضطرابات الكبار . ولذلك فإن الأمر يحتاج لاستخدام مصطلحات تشخيصية للصغار تتفق مع سلوكهم الفعلي .

أنواع مشكلات الطفولة :

أدت المحاولات التي قامت لمساعدة الصغار المضطربين إلى نتائج غير مرضية لعدة أسباب منها الفهم غير الكافي لطبيعة اضطرابات الطفولة وأسبابها . وبينما نجد بعض أنواع اضطرابات الطفولة تشبه تلك الخاصة بالكبار – فإن كثيراً من مشكلات الأطفال تبدو فريدة ، لأنهم يمرون بتغيرات سريعة خلال مراحل نموهم . فهناك عدد من المشكلات تنشأ من الفشل في تخطي بعض عقبات النمو مثل التدريب على ضبط الإخراج . وتعلم الكلام واللغة . وقد يحدث تلف لمفهوم ذات الطفل الذي لم يتمكن من تعلم ضبط الإخراج في الوقت الذي يريده والداه .

كما أن الطفل الذي لا يتمكن من التعبير عن نفسه باستخدام المصطلحات اللفظية كثيراً ما يشعر بالإعاقة اجتماعياً ودراسياً . وتعد التهتهة واحدة من أكثر أنواع الإعاقة الكلامية . فعندما يستغرق الطفل وقتاً طويلاً لكي يقول ما في ذهنه – قد يفقد اهتمام الآخرين المستمعين له – وهنا قد يبحث عن مواقف خارجية لا تحتاج لمجابهة الآخرين والتحدث معهم . ويذكر أحد المصابين بالتهتهة خبرته التالية :

عندما أوجد في الموقف إياه فإني أفقد كل صلة بالعالم المحيط بي ويتوقف تفكيري عند هذا الشيء وهو صراعي مع التلعثم stammering . وكنت كلما أواجه هذا الموقف أشعر شعوراً حقيقياً بالقلق وبالتوتر ، يليه انخفاض مستوى التوتر ثم شعور بالإعاقة وبالخجل ، ويأتي الشعور بالارتياح عندما ينتهي الموقف . ويزداد القلق والتوتر بظهور التلعثم الذي أحاول جاهداً أن أهرب منه وأن أتجنبه . وعندما يحدث أجد وكأني وضعت نفسي في مصيدة لا يمكنني تجنبها وعلي أن أهرب منها . واللعثمة ممتعة في كون الفرد لا يشعر بما يدور حوله من الناس أو تعبيراتهم وردود أفعالهم لأنني أكون في حالة تركيز على صراعاتي أنا . . لقد كنت أشعر عندما أتلعثم وكأني كائن غريب . أشعر وكأن كل شيء حولي ساخن عندما أتهته . أحياناً أشعر أنني على وشك أن أنقلب على وجهي عندما أتحدث بهذه الطريقة .

التهتهة كمشكلة نمائية لدى كثير من الصغار : stuttering

تتضمن كثير من مشكلات الكلام عيوب النطق وتمايز الأصوات التي تكون الكلام . والتهتهة كواحدة من أكثر مشكلات النطق شيوعاً هي عبارة عن تقلص الكلام

spasomdicspeaking مصحوب بتكرار غير مرغوب و وقفات في مجرى الكلام . ويوجد حوالي ١ ٪ من الناس مصابين بالتهتهة نصفهم من الأطفال .

وبينما لا ترتبط حالات التهتهة عادة ببعض العوامل مثل الذكاء والوضع الاقتصادي والاجتماعي والسلالة فإننا نجد أن عدد المصابين بها من الذكور ٤ — ٨ أضعاف عددهم من الإناث . وقد نجد في الأسرة الواحدة أكثر من فرد مصاب بالتهتهة . وتكشف الدراسة عن عدم وجود أسباب وراثية لذلك . كما وجد أن التهتهة شائعة بين التوائم ، وبين الناس الذين يتميزون بمهارة استخدام اليدين بنفس المستوى (ambidextrous) وبين أولئك الذين يتميزون ببطء نموهم اللغوي . وتبدأ أغلب حالات التهتهة قبل سن العاشرة من العمر وأكبر نسبة منهم تتحدد منذ العام الخامس من العمر .

ويشعر أخصائيو أمراض الكلام أن هناك فترة هامة من فترات ظهور التهتهة تحدث عندما تبدأ قدرة الطفل على الاتصال بالآخرين في التزايد ويظن الوالدان عندها أن الطفل قد تعلم الكلام . وهذه الفترة تقابل سن الثالثة تقريباً . وعندما يستجيب الوالدان بطريقة ناقدة لكلام الطفل غير الطلق — فإن الصراع والقلق والإحباط والغضب الذي ينشأ قد يزيد exacetbate من حدة الميل إلى التهتهة .

التهتهة واحتمالاتها :

لو كانت التهتهة هي نتيجة تاريخ طويل سيىء من التعزيزات — فربما أدت التأثيرات المباشرة للتعزيزات إلى المساعدة على تقليل التهتهة والتخلص منها . ففي تجربة من التجارب كان يعطي للمصاب بالتهتهة صدمة كهربائية كلما تهته . لوحظت درجة عالية جداً من قمع التهتهة خلال فترة تقديم الصدمات الكهربية إذا ما قورنت بفترة الراحة من الصدمات .

التهتهة واضعاف الحساسية بها : desensitization

لقد استخدمت طريقة إضعاف الحساسية بشكل واسع لاضعاف الاشتراط في حالة القلق العصابي . ففي دراسة من الدراسات دربنا المصاب بالتهتهـــة على أن يرتخي تماماً عندما يفكر في

المواقف التي تثير قلقه بصورة متزايدة . وقد وصف أحد المصابين بالتهتهة . المواقف التالية كمواقف مؤلمة :

- الحديث مع أغراب .

- القراءة في الفصل .

- الكلام في جماعة سواء في الشارع أو في الفصل أو في الحفلات .

- الكلام مع أسرة أحد زملائه .

- أن يسأل أسئلة في الفصل .

- الرد على التليفون .

- إن الأطفال لا يزالون في حالة نمو عقلي - وكثير من مشكلاتهم لا تخرج عن مجال التعليم والسلوك الدراسي . فأولئك الذين عجزوا عن النجاح في الأعمال الأكاديمية إنما ينالهم ضرر كبير سواء في المدرسة أو في حياتهم بعد ذلك . فالقراءة والكتابة والرياضيات لا نهتم بها لذاتها في المدرسة الابتدائية - ولكن نهتم بها كمهارات أساسية وضرورية للنجاح الاجتماعي والمهني فيما بعد. وفي بعض الأحيان يكون ضعف الأداء المدرسي خاصاً بنواحي معينة كالقراءة مثلاً، وأحياناً أخرى يكون مجمل الأداء منخفضا في كل الأعمال العقلية مما يثير تساؤلات هامة حول التخلف العقلي للطفل .

سلب الحساسية : systematic desensitization

كثر استخدام سلب الحساسية المنظم في حالة المخاوف المرضية التي تتضمن مستويات عالية من القلق . فمريض المخاوف المرضية (الفوبيا) يسترخي ثم يواجه بسلسلة من المثيرات (أو المفاهيم) التي تتدرج من الضعف إلى القوة طبقاً لقدرتها على إظهار القلق . ففي حالة فوبيا الموت فإن الترتيب الهرمي للعناصر قد يرتب تنازلياً إبتداء من الجثث البشرية إلى الإجراءات الجنائزية والكلاب الميتة . وبالبدء بعناصر أقل في التنظيم الهرمي مثل رؤية كلب ميت - يحاول المعالج أن يربط استرخاء المريض بتزايد القلق الذي يظهره المثير . وبينما يتم التخلص من الحساسية عادة في موقف علاجي منظم فإن الحالة التالية التي وصفها « جوزيف وولب **Joseph Wolpe** »

(١٩٦٦) رائد هذه الطريقة – تبين مدى إمكانية هذا الاتجاه الحيوي in vivo .
والأنشطة الحيوية تتم في مجال الحياة الواقعية إذا ما قورنت بالموقف الخاص العيادي أو المعملي.
وفيما يلي حالة استخدم فيها أسلوب الحساسية الحيوي . وقد حدثت في المقام الأول بطريقة غير
متعمدة ثم استخدمت بدقة بعد ذلك. كان المريض يعاني لمدة ١١ عاماً من الخوف من الضيق في
المواقف الاجتماعية ، وقد عولجت باعتبارها برهانا على صحة الطريقة أمام ٢٠ عضواً في مؤسسة
للعلاج السلوكي يقودها « جوزيف وولب » في هولانداعام ١٩٦٦ فبعد التدريب على الاسترخاء
وباستخدام القائمة المرتبة هرمياً والمعدة سابقاً – سئل المريض في رابع مقابلة له أن يتصور نفسه
في احدى دور السينما وفي ظروف مختلفة من حيث صعوبة الخروج منها ، لكنه لم يبد أي درجة
من القلق . فسأله « وولب » قائلاً أنه من الضروري أن نستخدم مثيرات حقيقية . فرد قائلاً :
هناك شيء ممتع حدث يادكتور – لقد كنت عصبياً جداً خلال أول فترة لي هنا – لكن عصبيتي
كانت تقل يوماً بعد يوم ، واليوم لا أشعر بأية عصبية على الإطلاق . لقد سلب الحساسية دون
أن يشعر بذلك رغم أنه أمام ٢٠ متفرجاً .

ولقد دعى ١٦٠ عالماً من علماء النفس للحضور إلى المؤسسة في اليوم التالي وقرر « وولب »
أن يستخدمهم في استكمال العلاج . وعليه ففي صباح اليوم التالي – وفي قاعة المحاضرات الكبرى
جلس « وولب » هو والمريض وحدهما في بداية الأمر على خشبة المسرح ، بينما جلس الأعضاء
العشرون للمؤسسة في الصف الأول من المقاعد. لم يبد المريض أي قلق . ثم أعطى «وولب» إشارة
متفق عليها مسبقاً فدخل عشرون آخرون من الناس إلى القاعة، وعندما دخلوا لاحظ «وولب»
القلق على المريض فأعطاه بعض التعليمات لكي يسترخي . وبعد دقيقة ذكر المريض أنه يشعر
بالارتياح . وهنا أعطى « وولب » إشارة أخرى فدخل عشرون آخرون ، فظهر القلق ثانية على
المريض وعمل « وولب » على استرخائه ثانية . ثم تكررت عملية دخول ٢٠ فرداً إلى القاعة يليها
ظهور القلق على المريض يتبعه عملية استرخاء حتى أصبح كل المدعوين الـ ١٦٠ قد احتلوا
أماكنهم في القاعة . وقد قضى المريض الجزء الباقي من اليوم مسترخياً تماماً في الصف الأول من
القاعة حيث يجلس المتفرجون ، وقد هيأ المعالج مواقف أخرى كان المريض فيها يجلس في الصفوف
الأولى كمباريات التنس وغيرها . وقد أدت الطريقة إلى تحسن حالة المريض من العصاب .

إن المعالج لا يحاول شفاء المريض فجأة باستخدام الاشتراط – فتقليل حدة الانفعال المصاحب
للاستجابة لمثير ما يجب أن يتم تدريجياً حتى تصبح الاستجابة عادية . ولقد اتجهت البحوث التي
تستخدم تقنيات العلاجي السلوكي نحو الكشف عن المتغيرات التي تساعد على التقليل من شدة
الاستجابات الانفعالية . وكما في حالة العلاج النفسي – فإن العلاقة بين المريض والمعالج قد تكون
لها أهمية كبيرة في خفض القلق ورفع القدرة على مواجهة الصراعات بطريقة فعالة .

وتتضح مدى فاعلية العلاج السلوكي في حالة العصاب من البحث الذي تمت فيه المقارنة بين أربع طرق علاجية على أربع مجموعات من طلاب الكليات الذين يعانون من خوف شديد في المواقف التي يتطلب الأمر فيها أن يتحدثوا إلى الجمهور ، وقد عوملت المجموعات الأربع بالطرق التالية :

١ - سلب حساسية :

حيث تم تشكيل نظام هرمي لمصادر القلق لدى طلاب المجموعة ، ودربوا على الاسترخاء وحصلوا على علاج على طريقة « وولب » .

٢ - استبصــار :

حصل الطلاب هنا على عدة جلسات مع المعالجين النفسيين حيث كان الاهتمام مركزاً على تحقيق درجة أفضل من الاستبصار وفهم الذات . self-insight

٣ - جذب انتباه الأفراد نحو دواء وهمي : attention-placebo

قدم لهؤلاء الطلاب عقاقير وهمية وإيحاءات قوية بأن أخذ هذه العقاقير سيقلل من قلقهم في المواقف الضاغطة .

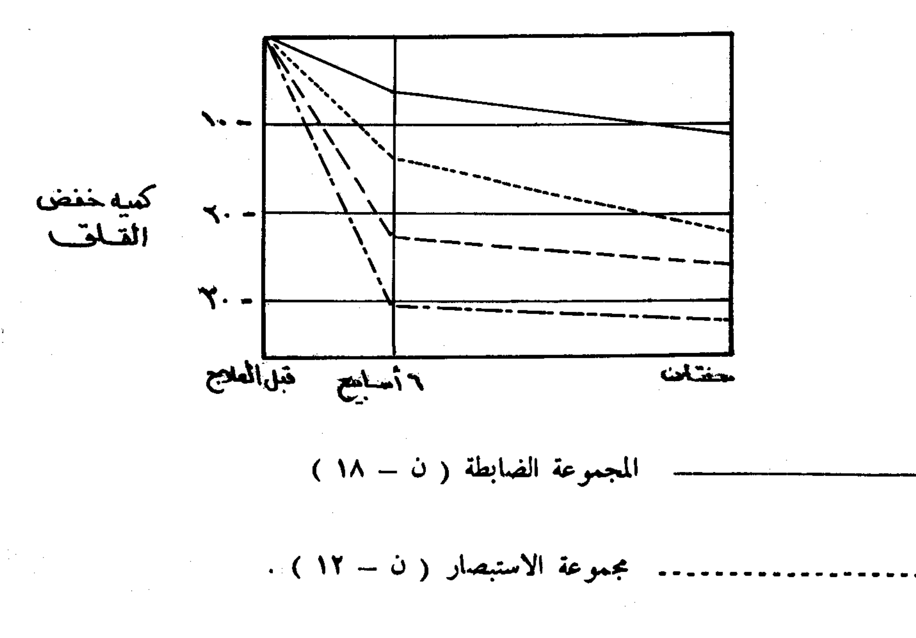
٤ - الضبـط :

حيث لم يحصل أفراد المجموعة على أي علاج .

النتـــائج :

أظهرت المجموعات الثلاثة انخفاضاً ملحوظاً في القلق المصاحب للكلام في حالة الدراسة التتبعية للمجموعات على مدى ستة أسابيع وعلى مدى عامين آخرين .

متوسط التغير في كمية خفض القلق قبل العلاج وحتى ستة أسابيع من التتبع ثم حتى عامين بالنسبة للمجموعات التجريبية الأربع



ــــــــــــــــ المجموعة الضابطة (ن — ١٨)

.... مجموعة الاستبصار (ن — ١٢) .

— — — — — — — — مجموعة الإيحاء والعقار الوهمي (ن — ١٤) .

—.—.—.—.—.—.— مجموعة سلب الحساسية (ن — ١٣) .

إن النتائج التي ظهرت من هذا البحث تبدو مثيرة ولكنها غير مقنعة. فالحالات التي تلقت العلاج الموجه نحو استبصار الذات حصلوا فقط على ٥ جلسات علاجية مع المعالجين النفسيين . فنحن نتصور أن العلاج الموجه نحو استبصار الذات يستغرق وقتاً طويلاً ولكن تأثيره العام على السلوك أكبر منه في حالة سلب الحساسية . أما تفوق طريقة العلاج بسلب الحساسية فتوحي بأنها طريقة فعالة لخفض أنواع القلق الضعيفة وإن كان الأمر يحتاج لبحوث أخرى لتأكيد فاعلية هذه الطريقة .

مؤشرات خطيرة على سوء توافق الطفل

* يستشيط غضبا لأقل إثارة أو إستفزاز .
* يبدى علامات الهم والقلق الزائد عن الحد .
* كثيراً ما يبدو مكتئبا ونادراً ما يبتسم أو يمزح .
* تكرار سرقة اشياء صغيرة رغم العقاب القاسى .
* كثيرا ما يبدو غارقا في أحلام اليقظة .
* يبدى حساسية زائدة نحو الأمور التافهة سواء كانت واقعية أم خيالية .
* القسوة الشديدة على الأطفال الصغار أو الحيوانات الصغيرة جداً .
* قلق غير عادى نحو تحقيق الدقة المتناهية .
* تكرار التعبير عن الفكرة التى عوقب عليها أكثر من غيره .
* العجز عن تجنب السلوك السيئ حتى مع تكرار تحذيره وعقابه .
* إهتمام بالغ بالمظهر الجسمى .
* يلجأ دائماً إلى الكذب ليبرر غاياته .
* العجز التام عن إتخاذ قرار حتى مع أقل الأمور .
* العداء نحو أى نوع من السلطة .
* الاستهداف الكبير للحوادث .
* صعوبه إرضائه وضعف شهيته للأكل وذبوله .
* الاصابة بالتبول اللاإرادى .
* الهروب .
* التطرف في نقده للآخرين والتزمت في أحكامه الخلقية .
* النشاط الزائد المستمر المشتت .
* الحديث عن الانتحار أو محاولة الانتحار .
* تكرار الأفعال التخريبية .

* إغاظة الآخرين عند شعوره بالنبذ .
* الإصابة بمرض الحنين إلى الناس والأماكن المألوفة عند إبعاده عنهم .
* يستخدم الفظاظة لجذب إنتباه الآخرين .
* يسقط لومه على الآخرين ويبرر أفعاله عندما ينتقده الآخرون .
* يشي بالآخرين ليشد إنتباه الكبار وتقبلهم له .
* التظاهر بعدم رغبته في الشئ ، وإخفاء إتجاهاته عند الفشل وخيبة الأمل بالإقلال من قيمة الأشياء التي لم يتمكن من تحقيقها .

عصاب الطفولة

عندما نضع في الاعتبار مشكلة الأوصاف المستخدمة في التشخيص في حالة الكبار واستخدامها في حالة الأطفال قد نجد بصورة أو بأخرى أن بعض أنواع السلوك التي شاهدناها في عصاب الكبار موجودة أيضاً في الأطفال . وهناك أشكال معينة من السلوك العصابي أميل لأن توجد في مراحل معينة من الطفولة وعلى سبيل المثال : الفوبيا phobias التي يكثر انتشارها بين الأطفال في سن ٤ ــ ٥ من العمر ، وتكثر الوساوس obsessions بين أطفال ٦ ــ ٨ أما القلق الحاد والاكتئاب حول موضوعات مثل الموت والمرض فقد لوحظ بين الأطفال الكبار. ومن المهم أن نشير هنا أنه رغم عدم وجود احصائيات مؤكدة حول أنواع العصاب في الطفولة - فإن الملاحظ أن الأطفال في مرحلة ما من مراحل حياتهم يكشفون عن أنواع من السلوك المسمى عصاب . ولذا فعلى المتخصص أن يميز بين الحالات الحادة المحتاجة لعلاج عيادي وبين تلك الحالات التي تبدو مثيرة للاضطرابات ولكنها تختفي سواء عولجت أم لم تعالج .

وسنتحدث فيما يلي عن أنواع العصاب :

ــ قلق الأطفـــال :

قليل من الأمور ما يبدو مؤلماً للطفل الذي ينزعج من بعض الأشياء . وتتضمن حالات القلق في الأطفال الصغار ــ كلا من العناصر النفسية والفسيولوجية مثل الشعور الغامض بتوقع الشر ــ سرعة خفقان القلب ــ التبول المتكرر . وفي بعض الحالات تنتاب الطفل نوبات من القلق ليلاً فيستيقظ مرعوباً وصارخاً . وتكثر الأحلام المزعجة (الكابوس) والرعب الليلي خاصة بين أطفال سن ٢ ــ ٤ من العمر ويظل الطفل في حالة الرعب الليلي مضطرباً ومرتبكاً لفترة طويلة بعد أن يستيقظ . وتعد شدة الأحلام المزعجة والرعب الليلي محكاً أساسياً في تحديد مدى حاجة الفرد للخدمات النفسية .

وقد يبدي الأطفال قلقاً أقل شدة ولكنه يرمز لموضوعات غامضة وغير محددة . فبعض الأطفال يخاف من أي شيء: من الظلام ومن الكلاب الضالة والأصوات العالية والنوافذ المفتوحة. وقد وصف « أنتوني Anthony » (١٩٦٧) ثلاثة أنواع شائعة من القلق في الأطفال :

ــ قلق العدوى contagious anxiety (تقليداً لقلق الآخرين) ..

– قلق الأذى أو الإصابة traumatic anxiety

– قلق الصراع conflict anxiety

ويكتسب الطفل قلق العدوى بالتفاعل مع مصابين بقلق عصابي من البالغين الذين يهمّ بالتوحد معهم . فيكتسب استجابات القلق من خلال التعلم بالملاحظة والتعزيز .

أما قلق الأذى والإصابة فينشأ من الأحداث غير المتوقعة المخيفة التي يشعر الطفل بالعجز في مواجهتها . وتؤثر مدى خطورة تلك الأحداث – إلى جانب ردود فعل الوالدين لتلك المخاوف – على حدة قلق الإصابة . ويعد قلق الصراع أكثر أنواع القلق صعوبة في التحديد والتصور لأن الأحداث السابقة له أقل وضوحاً. ومن حيث القوى النفسية المتفاعلة – ينشأ قلق الصراع من مواجهة قوى نفسية عميقة في اللاشعور .

المخاوف المرضية أو الفوبيا : phobias

القلق في حالة الأطفال – كما في حالة الكبار – قد يتركز على موضوعات معينة مثل الكلاب– المدرسة – الظلام وغير ذلك . وكثيراً ما نصف حالة الطفل بطريقة غير دقيقة على أنها قلق أو فوبيا. ومن المخاوف الشائعة تلك الخاصة بالذهاب إلى المدرسة . وعندما لا يعرف الآباء كيف يتعاملون مع هذه المشكلة فإنهم غالباً ما يستجيبون بطريقة متضاربة مصحوبة بانفعال شديد . ويتأرجحون بين رجاء الطفل أحياناً ورشوته أحياناً وبين عقابه في أحيان أخرى – بينما يتأرجح الطفل بين الشعور بالعجز وقلة الحيلة في مواجهة خوفه وغضبه من قلة حب والديه . وقد يجد الآباء صعوبة في التمييز بين الموقف الذي يحتاج للحب والاهتمام والموقف الذي يحتاج للحزم والجدية . لقد كشفت إحدى الدراسات التتبعية التي أجريت على اطفـــال المدارس المصابين بالفوبيا وحصلوا على علاج نفسي أن جميعهم تخرجوا في المدرسة الثانوية ومن الغريب أن كثيراً من الأطفال – عندما راجعوا خبراتهم السابقة – فسروا مقاومتهم الذهاب إلى المدرسة لا على أنه خوف منها بل كنتيجة للاهتمام الزائد من الأم بمستواه التعليمي وبرغبة غير عادية منه في البقاء بالمنزل .

والطريقة المستخدمة في علاج الفوبيا تقوم على مبادىء الاشتراط الكلاسيكي، وتتلخص في أن نقدم للمريض مشاهد خيالية تتضمن مثيرات باعثة لاستجابات القلق القوية . والافتراض هنا – هو أن استجابات القلق قد اكتسبت خلال عملية اشتراط صارم ، وأن تقديم المثير الشرطي الباعث للقلق في غياب المثير غير الشرطي البغيض سيؤدي إلى انطفاء القلق .

وكمثال لاستخدام الاشتراط الكلاسيكي في فهم السلوك اللاتوافقي للأطفال تلك الدراسة التي قام بها « جونز Jones » (١٩٢٤) حيث استخدم كلاً من الانطفاء والتلازم مع الاشراط وأجريت التجربة على الطفل « بيتر » ذى الثلاث سنوات من العمر ، والذي كان يرتجف عند رؤية الأرنب .

ففي يوم ١٠ مارس الساعة ١٥ر١٠ جلس « بيتر » في كرسي أطفال high chair يأكل حلوى . دخل الباحث الحجرة ومعه أرنب موضوع في قفص كقفص الطيور. ثم وضع القفص وبه الأرنب على منضدة على بعد أربعة أقدام من « بيتر » الذي بدأ يصرخ في الحال مصراً على إبعاد الأرنب بعيداً ، ثم بدأ يأكل الحلوى ثانية ولكنه استمر في الهياج والاعتراض ويقول : خذوا الأرنب خارج الغرفة . وبعد ثلاث دقائق انفجر في البكاء وهنا أبعد الأرنب .

كانت خطة العلاج تهدف إلى احداث اقتران بين الموضوع المخيف وهو الأرنب وبين مثير من النوع الذي يحدث استجابات سارة . فبينما كان « بيتر » يتناول إفطاره قدم الموضوع المخيف وقرب بالتدريج حتى أصبح على مسافة يقبلها الطفل .

وفي يوم ٢٩ أبريل الساعة ٥٥ر٩ كان « بيتر » واقفاً في كرسيه ينظر من النافذة ويتساءل : أين الأرنب ؟ . وضع الأرنب على كرسي بجوار قدميه فأخذ يربت عليه ثم حاول رفعه لأعلى فلم يتمكن لثقل وزن الأرنب وهنا سأل الباحث أن يرفعه إلى النافذة بجواره حيث يلعب معه لعدة دقائق .

ومن التجارب الطبية الأخرى تلك التي قام بها « جانت Gantt » (١٩٤٤) الذي اكتشف العصاب التجريبي من خلال تجربة الإطار النظري لبافلوف . فقد لاحظ « جانت » أحد حيوانات التجارب التي أجراها على مدى ١٢ عاماً وهو كلب أسماه نك . كان وهو في سن الثالثة من عمره نشطاً وكثير اللعب ويبدو عادياً تماماً ، كما كان كثير الحركة أكثر من غيره من الكلاب الأخرى . وخلال فترة التواؤم مع عملية التغذية في غرفة التجريب كان بطيئاً إلى حد ما في ظهور استجابة اللعاب الشرطية . وعندما يكون من المطلوب التمييز السمعي بين مثيرات مختلفة وجده يرفض الطعام ويبدي رد فعل دفاعي . وكان يقبل على الطعام في أوقات الراحة . لكن مع صعوبة متزايدة في التمييز بين المثيرات السمعية ، ورفض ثان للطعام . كان يقبل على الطعام عندما يكون بعيداً عن غرفة التجارب ــ لكن في الداخل (داخل الغرفة) يبدو عليه عدم الاستقرار . وبمجرد اطلاقه من جهاز التجربة يندفع هنا وهناك ويقفز فوق المنضدة وينزل من عليها . ومن الأعراض التي لوحظت على الكلب كعصاب تجريبي ــ اضطرابات في التنفس أخذت شكل تنفس بصعوبة وبصوت عال خاصة عندما يكون مضطرباً وعندما يقترب من غرفة التجريب أو من الناس المرتبطين بالتجربة .

وبنهاية العام الرابع من عمر هذا الكلب – بدأ في كثرة التبول عند إحضاره إلى غرفة التجارب ، حيث كان تبوله يتكرر حوالي ٢٥ مرة في نصف الساعة . كما أبدى استثارة جنسية غير عادية لوحظت من خلال الانتصاب الجنسي للكلب . هذا الانتصاب المستمر إذا ما قورن بحالات الانتصاب قصيرة المـــدى التي تلاحظ في صغار ذكور الكلاب – بدأ هو وكثرة التبول عندما وضعت كلبة في حالة شبق في غرفة التجارب بهدف دراسة تأثير الاستثارة الجنسية الطبيعية على سلوك الكلب . وعندما ترك الكلب في المزرعة رفض تناول الأطعمة التي كانت تقدم له في غرفة التجارب كتعزيزات . كما كانت تلاحظ حالة الانتصاب الجنسي وكثرة التبول المتـــكرر واضطرابات التنفس وزيادة ملحوظة في ضربات القلب عندما يقترب منه أحد الأفراد المرتبطين بغرفة التجارب أو حتى اقتراب أحد من أفراد عائلاتهم .

ومن الواضح أن سلوك الكلب سلوك لاتوافقي . فقد رفض الطعام وهو جائع كما كان يبدو عليه الانفعال بوضوح . كما يبدو من سلوكه الذي يشبه السلوك العصابي أنه قد حدث تعميم generalization إلى المواقف الأخرى الخارجة على الموقف التجريبي .

العلاج السلوكي لفوبيا الضرر الجسمي لطفل في عمر ٨ سنوات :

وصف الحـــالة :

حضرت الحالة إلى العيادة النفسية للأطفال وهي في عمر ٨ سنوات ، وكان يعاني من مخاوف ومنفرات منذ ثلاثة أعوام . ومن أهم مخاوفه التي اشتقت منها كل المخاوف الباقية – خوف عام من نزف الدم حتى الموت كنتيجة لضرر جسمي معين . ولقد تكونت أعراض الفوبيا في سن الثالثة والنصف عندما ولدت أخت له كانت مريضة تماماً خلال الأسابيع الأولى من حياتها نتيجة لاصابتها بمرض في الدم (hemophilia) يمنعه من التجلط . لقد حاول الوالدان أن يشرحا للولد حالة أخته – ويبدو أن شرحهما زاد من شدة خوفه من نزف الدم حتى الموت . وفي الوقت الذي كانت فيه أخته مريضة أعطيت له غرفة ليقيم فيها بمفرده بينما كان قبل ذلك ينام في نفس غرفة الوالدين ، ووضعت أخته في نفس السرير الذي كان ينام فيه حتى يمكن للوالدين أن يكونا على مقربة منها .

بعد هذين الحدثين بفترة قصيرة (ولادة أخته متخلفة ومصابة بمرض في الدم ونقله من غرفة الوالدين إلى غرفة أخرى) بدأت الأعراض في الظهور بوضوح . ففي بداية الأمر ظهرت

مخاوفه في صورة انفجارات بكاء لمجرد أقل اصطدام أو قطع . ولم يكن يجري أو يلعب كثيراً لخوفه من النزيف المؤدي للموت . ثم حدث تعميم لهذا الخوف لمواقف أخرى أصبحت أكثر خطورة مثل النوم في الظلام والعواصف الرعدية وسارينة الشرطة والجنازات والمدافن والعناكب والخنافس والفئران وأفلام الوحوش والوحدة . وذكر والدا الطفل أنه يخاف من كل هذه الأشياء لأنه يعتقد أنها ستضره وستجعله ينزف حتى الموت .

وقد صاحب هذه التكوينات أن اصبح الطفل عرضة للطفح الجـلدي hives والربو الشعبي asthmatic bronchitis ، وأودع الطفل أربع مرات في احدى المستشفيات خلال السنوات الثلاث الماضية بسبب الربو . وتمشياً مع هذه الأمور لم يعد الطفل يحظي بنوم مستقر وأصبح يتردد على غرفة والديه مرتين أو ثلاث مرات ليلياً لمجرد التأكد من أنهما في غرفتهما . كل ذلك كان يحدث كل ليلة تقريباً . ونلاحظ هنا ان الأعراض السلوكية الواضحة هي ظهور الطفح الجلدي والربو الشعبي وعدم النوم ليلاً .

– طريقة العـــلاج :

تمت المقابلة مع الطفل خلال جلستين علاجيتين مباشرتين بين كل منهما أسبوع ، كان يسأل الطفل خلال كل جلسة أن يتصور بعمق كلما أمكن المشاهد التي تتضمن الأمور التي يفترض أنها تثير قلقه . ولكي نساعده في ذلك كنا نسأله عما يشعر به عندما يحضر مشهداً معيناً . وتمثل المشاهد التالية نفس المشاهد التي كانت تقدم للطفل خلال الجلستين – حيث كان يستمر تقديم المشهد حتى يبدو على الطفل أن قلقه قد قل بشكل واضح . كما رتبت المشاهد بحيث يعطى عرضها نوعاً من التدرج والانسياب والاتصال في عملية التخيل والتصور وفيما يلي المشاهد :

١ – أنت وحدك تمشي داخل غابة متجهاً نحو بحيرة لتصطاد سمكاً – تسمع خلال سيرك أصواتاً شاذة وترى أشياء غريبة .

٢ – تبدأ الريح في أن تعصف بشدة . وتتعثر وتصطدم رأسك بحجر .

٣ – عندما قمت سال الدم من جبهتك ودخل عينيك وأنفك وفمك .

٤ – أنت الآن تشعر بالدوار والهلاك . فتصرخ ولا أحد هناك يساعدك . تشعر بالوحدة التامة والدم مستمر في النزيف .

٥ – وقعت ثانية وعندما فتحت عينيك رأيت الأشياء بنية اللون وهناك كثير من الفئران طويلة الشعر تحوم حولك – مئات منها تتبعك لتأكلك .

٦ – الفئران بدأت تقضم في رجليك ، بادئة بأكل أصابع قدميك وانتزاعها من أماكنها ، إنها تنبش بأظافرها وتكشر عن أنيابها ، السماء تتلبد بالغيوم إنها تمطر .

٧ – الفئران أصبحت الآن تغطي كل أجزاء جسمك وتجري فوقه هنا وهناك وتعض في كل جزء منها والدم يسيل من كل جزء من أجزاء جسمك وأنت تسمع الرعد وترى البرق .

٨ – إنها تخترق رقبتك ، أنت الآن تتمنى أن يحضر شخص ما أو حتى عربة أسعاف ولكن لا شيء إنك تصرخ لأن فأراً ضخماً طويل الشعر يقفز داخل فمك، إنك تشعر به يقضم لسانك وينهش فاك .

٩ – وأخيراً تكبر الفئران التي تتغذى على دمك وتصبح في حجم الإنسان ، فتمزق ذراعيك وتستمر في الهجوم عليك . إنها تمزق عينيك ولا تجد الطريق بعيداً عنها .

وفي نهاية الجلستين أصبح الطفل متأكداً أنه على مايرام وأعطى بعض التدريب المختصر على الاسترخاء . وبعد الجلستين قدمت للطفل نتيجة مكتب وطلب منه أن يضع علامة × بلون أخضر على الليالي التي ينام فيها جيداً وأن يضع علامة × باللون الأحمر على تلك الليالي التي يكون نومه فيها غير مستقر .

وقد ساعد الوالدان في تدعيم سلوكه وقدمت إليهما تعليمات لمتابعته بالنسبة لوضع علامات × الخضراء والثناء عليه فيها وإهمال التعليق على العلامات الحمراء (لا يقدمان أية إشارة أو كلمة من أي نوع) . استمرت هذه الطريقة حوالي ستة أشهر . وخلالها كان الطفل يتردد على العيادة مرة كل شهرين للدراسة التتبعية . (أولنديك وجروين oilendick & Gruen ١٩٧٢) .

النتـــائج :

لقد أظهر الطفل قلقاً بالغاً خلال جلسات العلاج المباشر implosive therapy حيث كان يبكي ويرتجف عدة مرات . وبينما كانت تنتابه حالات من عدم النوم تتراوح بين

٥ – ٧ مرات أسبوعياً قبل العلاج – نقص عدد المرات بوضوح بحيث أصبح صفراً خلال فترة التتبع (٥ – ٦ شهور بعد الجلستين العلاجيتين) . وقد ذكر والداه أنه بدأ يلعب بكثرة مع أخته المتخلفة وأن الطفح الجلدي والربو الشعبي قد اختفيا تماماً في وقت الدراسة التتبعية .



الاستجابات الهستيرية : Hysterical reactions

من بين الاستجابات الهستيرية التي تلاحظ بين الأطفال الشلل paralysis والارتعاش tremor والعمى وفقدان الحساسية anesthesia واللازمة العصبية .

ويلاحظ بين البالغين قلة حالات الهستيريا ، وتغير في الاستجابات الهستيرية ، نفس الأمر قد لوحظ بين الأطفال .

وغالباً ما نجد أن مظاهر الهستيريا الخاصة بحالة ما ـ لا تتضمن أعراضاً جسمية خاصة (كما في حالة الشلل) بل نجد خصائص شخصية عامة تتعلق بالهستيريا مثل :

سرعة التهيج excitability والقابلية للاستهواء suggestibility والميل نحو الانفجارات الانفعالية emotional outbursts

ومن حيث القوى النفسية المتفاعلة فإن الهستيريا والاضطرابات العصابية الأخرى ينظر إليها كظاهر صريحة للقلق والصراع ويؤدي استبصار الفرد بدوافعه إلى سلوك أكثر توافقاً . هذا يعني في حالة اضطرابات الطفولة ـ أن على الآباء أن يكونوا على بصيرة أولاً بأنفسهم . ويؤدي تحسن مفهوم الآباء وفهمهم لأنفسهم إلى تعامل فعال ومؤثر بالنسبة لسلوك أبنائهم غير المرغوب . وتصور لنا الحالة التالية هذا الاتجاه في مواجهة الهستيريا لدى طفل عمره ٦ سنوات ظهر في سلوكه ألوان عديدة من الحركات العضلية التكرارية repetitive muscular movements. وقد فسرت تلك الاستجابات عيادياً على أنها أعراض عصابية لصراعات جنسية لم تحل بعد . كما كشف الطفل عن استجابات نفسية فسيولوجية مثل الربو asthma ، وبينما أمكن معالجة الاستجابات الهستيرية بسرعة وبنجاح فإن الربو استمر لعدة سنوات .

الحـــــالة :

أحضر الطفل ذو الستة أعوام إلى العيادة برفقة أمه التي اشتكت من أنه يهز رأسه ويطرف عينيه بكثرة ، وقررت أنه بدأ هذه العادة منذ حوالي أربعة أو خمسة أسابيع . وعندما بدأت عادة التشنج هذه في الظهور لم تعرها انتباهاً، ولكنها لطمته على وجهه عندما لاحظته يكررها. ظنت الأم في بداية الأمر أن السبب ربما يكون مرضاً في عينيه وأصبحت متضايقة عندما بدأ الطفل في فتح عينيه بأصابعه . وقد ذكر الطفل أنه كان يشعر أن عينيه تنغلق عليه حيث تكون جفونه ثقيلة .

وقد أخذت الأم في وصف إبنها على أنه غير مستقر وغير قادر على الهدوء وعصبي . وذكرت أيضاً أنه كانت تنتابه بعض آلام الرأس المزمنة ، وأنه بدأ يعاني من الربو وهو في عمر ١٧ شهراً.

وكانت آخر نوبة هاجمته منذ ١٢ شهراً مضت . وعندما كان صغيراً كان يلعب مع الأطفال الأصغر منه سناً – أما الآن فإنه يلعب مع أطفال من نفس سنه . كان الولد يعتمد في رضاعته على ثدي الأم لمدة ٦ شهور وعلى الزجاجة حتى أصبح سنه ٥ر١ عام . وفي سن ٥ شهور من العمر كان قادراً على الجلوس بمفرده وتمكن من الوقوف والقيام بعدة خطوات قليلة في سن ٩ شهور . وفي نهاية العام الأول تكلم عدة كلمات قليلة . وقد أشارت الأم أن تدريبه على ضبط الإخراج بنوعية قد تم في أقل من عام . وكانت الأم تقوم بمساعدة الطفل على ارتداء ملابسه حتى عام ونصف ، وقالت أنه كان يرغب أن تلبسه ملابسه حتى الآن ، ومنذ فترة قليلة بدأ يأخذ حمامه بنفسه وتكشف قصة دخوله المدرسة أنه دخل الصف الأول في سن السادسة وكان عمله المدرسي رائعاً وتقدم على زملائه ونقل الى مستوى أعلى لتفوقه . وفي وقت امتحان القبول كان يعد أصغر متقدم للامتحان .

لقد كان تأثير الأم هو السبب في شعوره بالامتعاض . فالأب يوصف بأنه إنسان سعيد ومحظوظ ويعمل على اسعاد أولاده ، أما الأم فظنت نفسها على مايرام. كان هناك ثلاثة أطفال أكبرهم الطفل موضوع الحديث وأخت أصغر منه بعامين ونصف وأخ رضيع عمره ١٨ شهراً .

وعند مقابلة المعالج النفسي للولد وجد أنه يطرف عينيه ويحركهما حركة دائرية ويلوي فمه كمن يكشر أو يتألم . ويذكر أن اضطراب عضلات وجهه ظهر بعد أن وصل إلى المنزل من المدرسة منذ عدة أسابيع وقام بأداء واجبه ، وشعر بعدها أنه عاجز عن وقف الحركات التي بدأت . كما ذكر أيضاً عجزه عن النوم المستقر واعترف ببعض المتاعب التي عانى منها والخاصة بالاستمناء الذاتي ، والتي أدت إلى أن ينظر إلى نفسه على أنه مريض ، ووصف مخاوفه من أن يلعب بخشونة مع الآخرين . ولقد نوقش أمر الاستمناء الذاتي مع الأم التي أصبحت قلقة بصورة واضحة بشأن التعامل مع الطفل في مثل هذا الأمر .

وعند العودة إلى المنزل – كانت أكثر قدرة على الكلام مع ولدها حول هذا الموضوع دون استخدام التهديد . واستمرت كذلك في استحمام الطفل وسمحت له أن يذهب إلى سريره متأخراً . وخلال عدة ساعات من اللقاءات مع الأم أصبح من الممكن على المعالج أن يناقش مع الأم الموضوع الخاص بالاهتمامات الجنسية الخاصة بالطفل . وقد تعاون المعالج مع الأم ومع الطفل ووصلوا إلى نتائج مشجعة ، واختفت الأزمة العصبية الوجهية بعد عدة زيارات (أربع زيارات عيادية) . أما علاج الربو فقد استمر لعدة سنوات .

استجابات الوسواس القهري : obsessive-compulsive reactions

يوجد أكثر من نصف حالات الوسواس بين من تقل أعمارهم عن ٢٠ عاماً . وتحدث حوالى ٢٠٪ من هذه الحالات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١٥ عاماً . وكثيراً ماتظهر حالات عصاب الوسواس القهري فجأة ، ويعجل ظهورها حادثة حديثة . وفي الوقت الذي تكثر فيه الهستيريا بين البنات أكثر من الأولاد فإنه لا توجد فروق دالة بين الجنسين في مدى الإصابة بعصاب الوسواس القهري . ويذكر « أنتوني Anthony » (١٩٦٧) أن أكثر من نصف آباء الأطفال المصابين بعصاب الوسواس القهري هم أنفسهم مصابون به مما يشير إلى وجود عملية تقليد من الطفل لهذا النوع من السلوك العصابي .

ويعتقد « أنتوني » أن العلاج النفسي هو الاتجاه الفعال لوساوس الأطفال وسلوكهم القهري كما وصف ثلاث مراحل للعلاج .

الأولى :

وفيها يشجع الطفل على أن يتحدث عن عاداته وأفكاره في جو من التقبل خال من التهديد باللوم أو النقد censure .

الثانيـــة :

يحاول الطفل أن يستخدم المعالج في سلوكه العصابي كأن يجعله يقوم معه بنفس عاداته وعلى أية حال فإن المعالج لا يشاركه في ذلك .

الثالثـــة :

وتبدأ المرحلة الثالثة بعد أن يتأكد قيام صلة وثيقة في الموقف العلاجي . وخلال هذه المرحلة يحاول المعالج كشف العوامل المستترة (النزعات العدوانية والجنسية) التي يعتقد أنها تكمن وراء سلوك الوسواس القهري . فإذا حدث تحسن معرفي – كان الطفل بصدد التخلي عن السلوك العصابي . وتتضمن الحالة التالية تقريراً عن اتجاهات وسواس قهري مصحوب بمظاهر أخرى لولد في سن ٩ وأربعة أشهر .

حضرت الحالة للعلاج في سن التاسعة والثلث سنة واستمر في العلاج عامين ونصف حيث أصبح في نهاية العلاج أكثر توافقاً . ومما ساعد على سرعة العلاج الدور الذي قامت به الأم بناء على تعليمات المعالج .

التشخيص :

شخصت الحالة كعصاب وسواس قهري – رغم أن أخصائيين نفسيين آخرين قد قاموا بتطبيق اختبارين نفسيين على الفرد بين كل منهما مسافة زمنية مقدارها عام وشخصت حالته على أنها فصام الشخصية schizophrenia .

الشـــكوى :

ذكرت الأم وقت تحويل الطفل للعلاج أن الطفل يتكلم عندما يتخيل ، ويذكر مدرسوه أنه عبقري ، إلا أن انجازاته أقل من مستوى ذكائه . إنه يضحك ويقهقه ، ويزاول الاستمناء الذاتي بكثرة ويقضي فترة طويلة في الحمام، وعندما يخرج يعلق قائلاً أنه يقوم فيه بأشياء سحرية، ويقوم بعدة أعمال قهرية مثل تربيع الأشياء وجعلها في شكل مربع . كما أن لديه أفكاراً وسواسية تتعلق بموت والديه .

والد الطفل في منتصف الأربعينات يتميز بالسلبية ودوره غير مؤثر وغير فعال وعائل ضعيف ذو شخصية فصامية ارتكب عدة حماقات ، متدين كما أنه كثير التوتر والتقلب المزاجي .

أما الأم فهي في نهاية الثلاثينات تتميز بسلوك قهري حاد يدفعها لأن تعقم زجاجات لبن الطفل عدة مرات مع رجها مرات عديدة معتقدة أن يديها قد تكونان ملوثتين وكنتيجة لفوبيا الجراثيم germphobia منعت الطفل من الاتصال بالناس لعدة سنوات ، كما عانت الأم من اكتئاب استمر ٥ – ٦ أسابيع بعد ميلاد هذا الطفل . وتتميز الأم بقلق حاد . وقد ذكرت في أحد المرات أنه لمن الأمور الشاذة أن أجد أنه من واجبي أن أعرف في كل دقيقة أين يكون طفلي .

وعندما حضر الطفل للعلاج كان مفرطاً في النشاط متهيجاً excitable يتكلم تحت ضغط شديد كلاماً غير مترابط incoherence ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى تدفق الأفكار rush of ideas . ويتميز الطفل أيضاً بخصوبة خياله وأوهامه فيما يختص بمخاوفه المرضية ، حيث عبر عن بعضها بطريقة شاذة bizarre . وقد ذكر الطفل في بعض الأحيان الكابوس الليلي (الأحلام المزعجة nightmares) المرتبطة بالبق .

فقد قال : لقد وجدت بعض الحبوب فدفنتها في الأرض وأصبحت نباتاً ظهرت على أطرافه حشرات بق عملاقة . لقد كانت فوبيا البق والوشواس المتعلق بها مرتبطة براية في نفسه حيث يقول : لقد كنت أنا نفسي بقة كبيرة. كانت هناك أيضاً أوهام مشابهة حول وجود تمساح في الدور السفلي من المنزل . وفي احدى المرات أثناء سيره مع والديه في الشارع دفعهما وتوهم أنهما قد ماتا في الطريق .

ومهما كانت حيوية هذه الأوهام فالطفل يعرف أنها أوهام وعندما تثير هذه الأوهام اضطرابه يشعر بالضياع فيها بسبب القلق الشديد وبسبب تردده وحيرته لما ينتابه من أفكار وسواسية حول نفسه وحول والديه وحول أصدقائه . ويسأل الطفل : كيف اتخذ قرارا ؟ إنني لا أكون متأكداً أبداً . وتحدث كثير من الأفعال والحركات القهرية في محاولة لخفض شعوره بالذنب : الذنب المرتبط بالاستمناء الذاتي والذنب المتعلق برغبته في موت والديه .

الاكتئـــــاب : depression

يبدي بعض الأطفال بعض صور الاكتئاب الملحوظ التي قد تصل أحياناً إلى حد الانتحار . فقد نجد الصراخ والخوف من الموت سواء بالنسبة للذات أو بالنسبة للوالدين ، وبعض الآلام الجسمية ، والفتور والاهمال . ويفسر المعالجون النفسيون الكثير من أنواع سلوك الأطفال غير تلك الخاصة بالاضطرابات المزاجية الواضحة على أنها تعبيرات عن مشاعر الاكتئاب . وهذه المؤشرات على وجود الاكتئاب تتضمن اضطرابات الأكل والنوم والهروب وصعوبة التركيز والصداع وعسر الهضم والإمساك والإنهاك . وتستمد علامات الاكتئاب بالطبع من ملاحظة السلوك . ومن النادر أن نجد مظاهر اكتئاب طفلية تختلف عن تلك الخاصة بالكبار . ولكن هناك غموض له اعتباره حول موضوع اكتئاب الطفولة ككل .

والحالة التالية تصور لنا المشكلات التي يواجهها المعالج النفسي عندما يشخص الحالة على أنها اكتئاب .

كان العرض الظاهر لاحدى تلميذات سن الثالثة عشرة هو انحدار سريع في درجات التحصل من الصف السابع إلى الصف الثامن . فقد نظرت الفتاة إلى نفسها على أنها غبية وغير قادرة على مسايرة زميلاتها في نفس الفصل وأنها غير محبوبة من والديها وأشقائها . حدثت الأعراض في الوقت الذي بدأت فيه البنت في سن الحيض . وقد قضت فترة طويلة خلال المقابلة تناقش صراعاتها خلال عملية تغيير التوحد changing identity من طفلة إلى مراهقة إلى ناضجة

في المستقبل . كما عبرت عن احساسها بالذنب تجاه ما أصاب أمها من دوالي (أو تضخم الأوردة varicose veins) ، فقد أحست أنها المسؤولة عن ذلك مادام قد أصاب أمها عقب حملها فيها . كانت الفتاة تهتم اهتماماً زائداً بالأمراض وبالموت ، كما عبرت في نهاية الأمر عن شعورها بالذنب لرغبتها في موت بعض أعضاء أسرتها . وقد اعترفت في إحدى الجلسات أنها بحثت عن وسيلة لتقتل نفسها .

ونلاحظ هنا أن الاكتئاب قد اكتسب مظهراً مموهاً **camouflaged** بالفشل الدراسي فلم يظهر بوضوح للمحيطين بها (المدرسون والموجه المدرسي والوالدان)، فقد قالوا وهم من المهنيين الأذكياء جداً أن الفتاة سعيدة ومحبوبة ووصفا العلاقات الأسرية بأنها على خير مايرام.

الاستجابات الجسمية النفسية : Psychophysiological Reachtions

تظهر في الطفولة أنواع عديدة من أنماط الاستجابات الجسمية النفسية والتي ينظر إليها المعالجون النفسيون على أنها اضطرابات جسمية ناتجة عن صراعات شبيهة بالعصاب . ويوصف الأطفال ذوو الاضطرابات النفسجسمية بأن لهم شخصيات هشة على درجة من النضج المزيف . فهم كبار يبدون كما لو كانوا قد شبوا من فترة مبكرة جداً . وهم طيبون وغالباً مايكونون ممتازين ومحبوبين لدى الكبار أكثر من الصغار ، ونظرتهم نحو صعوباتهم الجسمية نظرة تتميز بالنضج كما يظهرون شجاعة غير عادية . ومن هذه الاستجابات ما يلي :

فقد الشهية العصبي : Anorexia nervosa

إن القيود التي يفرضها الفرد على نفسه بالنسبة لتناول الطعام هي احدى المشاكل الخطيرة التي وجدت بين المراهقين . ولا يوجد اتفاق حول تصنيف هذه الحالة – فبعض المعالجين ينظر إليها على أنها تعبير عن شخصية عصابية neurotic personality structure ويذكرون أنه لا يوجد ما يؤكد وجود عامل بيولوجي مرتبط بهذه الحالة . وسواء كان الجوع أمراً مفروضاً ذاتياً أو نتيجة عامل بيولوجي فإن الأمر يصل إلى حالة خطيرة تهدد حياة الفرد .

ويبدو على بعض المراهقين الذين يتصفون بفقد الشهية العصبي أنهم يقاومون فكرة السمنة أو أن يوصفوا بالبدانة . ويشعرون بأنهم يجب أن يأكلوا بحـــذر شديد . هذه التغذية الضعيفة ذات صبغة قهرية . وتقييد تناول الطعام يتم في مثابرة مع اهتمام زائد بحساب السعرات الحرارية . وبينما تكون التغذية الإجبارية ضرورية أحياناً – فإن التطرف الذي يسبقها دائماً يشير إلى خطر

استمرار تقييد التغذية . وهناك عامل معقد في الحالات المتقدمة وهو الاهتمام الذي يلقاه الطفل من والديه، فمن الممكن أن يؤدي إصرار الوالدين على تناول الطفل للطعام وتهديدهما له إلى زيادة الحالة سوءاً .

وتشير الملاحظات الاكلينيكية المتكررة إلى أنه قبل الإصابة بالمرض عـادة ما نجد الأطفال المصابين بفقد الشهية العصابي جيدين ومحل حسد من الآباء . فهم لا يأكلون فقط ما يقدم لهم – بل إنهم يرتدون ما يتفق مع ذوق الأم ونادراً ما يعترضون أو يغضبون مع اخوتهم أو اخوانهم – ونادراً مايقولون لا . ومثل هؤلاء الأطفال يعملون بجد في الواجبات التي تعطي لهم ، كما أنهم مطيعون وجذابون . وأغلب الأطفال المصابين بفقد الشهية العصابي ينتمون لجماعات تلقى ضغطاً كبيراً على الطفل لكي يأكل ، ولديهم وساوس متعلقة بالطعام وأفكار مضطربة عن صورتهم الجسمية . وقد ذكر « فرويد » أن علينا ألا نقوم بتحليل نفسي للمصابين بفقد الشهية العصابي إلا بعد عودتهم إلى الأكل بصورة طبيعية ، فلدى هؤلاء الأطفال رغبة قوية مستمرة للكلام حتى الموت . ومما لاحظ أن حوالي ٥ – ١٥ ٪ من المصابين بفقد الشهية العصابي يموتون .

ويجمع أغلب المعالجين النفسيين أن علاج فقد الشهية العصابي الحاد يجب أن يبدأ بإبعاد الطفل عن بيئة المنزل إلى المستشفيات واغرائهم للعودة إلى الأكل ثانية . ومن بين الاضطرابات النفسجسمية في الطفولة أنواع ذات أساس بيولوجي محدد مثل قرحة القولون Ulcerative colitis التي تتميز بآلام حادة مزمنة ، والإسهال الدموي bloody diarrhea والربو الشعبي branchial asthoa الذي يتميز بأن المصاب به يتنفس بجهد محدثاً صوتاً كالصفير وكأنه مثقل ومرهق . ومثل هذه الحالات تم مواجهتها طبياً ونفسياً لأنه ليس من المؤكد المقدار الذي تسهم به النواحي الانفعالية والنواحي البيولوجية في إحداث هذه الحالات . كما أن الخلل الوظيفي الـ ب الرئتين أو القولون يمكن أن يرجع إلى أسباب طبية بحتة .

اضطرابات الشخصية : personality disorders

يبدي الأطفال المشكلون تشكيلة واسعة من أنماط السلوك المميز يمكن أن نصنفها طبقاً لرابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين كالتالي :

١ – النشاط المفرط للأطفال : hyperkinetic reactions

ويتميز هذا الاضطراب بالنشاط الزائد وعدم الاستقرار وشرود الذهن وقصر مدة الانتباه وخاصة بين صغار الأطفال – ثم يقل ويختفي هذا السلوك في المراهقة .

٢ — السلوك الانسحابي في الطفولة withdrawing

يتميز هذا النوع من الاضطراب بالانعزالية والانفصالية والحساسية والخجل والهلع وقصور عام في القدرة على اقامة علاقات شخصية تفاعلية وثيقة . ويجب أن نتحفظ بالنسبة لأولئك الذين لا يمكن تصنيفهم كفصاميين schizophrenia وأولئك الذين لم تتحدد اتجاهاتهم نحو الانسحاب بدرجة تكفي لتشخيص الشخصية على أنها فصامية .

٣ — القلق الحاد في الطفولة overanxious

يتميز هذا الاضطراب بالقلق المزمن chronic وبالمخاوف المتزايدة وغير الواقعية ، وعدم النوم والكابوس الليلي (المزعج) ، والاستجابات التلقائية المبالغ فيها .

ويميل المريض لأن يكون فجاً ، على وعي زائد بنفسه ، تنقصه الثقة بنفسه إلى حد كبير ، خانع ، ثابط الهمة ، مطيع dutiful يبحث دائماً عن القبول ، يتوقع الشر في المواقف الجديدة وغير المألوفة .

٤ — الهرب في الطفولة : runaway

يتميز الأطفال المصابون بهذا النوع من الاضطراب على الأخص بالهروب من المواقف التي تحمل التهديد بالجري بعيداً عن المنزل ليوم أو أكثر دون إذن وهم أفراد غير ناضجين وجبناء ويشعرون بالنبذ في المنزل ، وهم غير أكفاء وغير صدوقين ، وكثيراً ما يختلسون .

٥ — العدوان البدائي للأطفال : unsocialized aggressive

ويتميز هذا النوع من الاضطراب بالعدوان العلني أو الضمني وعدم الطاعة والشجار والعدوان الجسمي واللفظي ، والتدمير والانتقام ، وثورات الغضب ، والسرقة الفردية والكذب وإغاظة الغير من الأطفال كاحدى صور العدوان . ومثل هؤلاء المرضى لم يتمتعوا بتقبل واضح من الوالدين كما لم يخضعوا لنظام ثابت من التهذيب . والأنماط السلوكية من النوع الأخير في قائمة رابطة

الأطباء النفسيين الأمريكيين قد وصفها بعض المعالجين النفسيين بأنها اضطرابات سلوكية وحالات دائمة يكون الطفل فيها غير سعيد ولا يعرف أن سلوكه السبب في ذلك . وينظر إلى دوافع الناس الآخرين واتجاهاتهم وسلوكهم على أنه سبب تعاسته . وتتضمن هذه الاضطرابات مظاهر سلوكية تعد المصدر الدائم للصعوبات التي يواجهها في المنزل والمدرسة والمجتمع ومن أمثلتها : السلبية والكذب والغش والقسوة وإهمال واجباته .

هذه الأعراض تسمى اضطرابات الشخصية أو اضطرابات سمات الشخصية . واضطرابات الشخصية مثلها مثل الاضطرابات السلوكية – التي تتداخل معها عادة – قد حددت كأنماط من السلوك اللاتوافقي طويلة الأمد والتي لا تدخل في إطار فئات العصابين أو الذهانيين . وتعد مثل هذه الاضطرابات ذات أهمية لدى المعالجين الذين يتعاملون مع الأطفال بسبب اعتقادهم بأنها تنشأ أثناء نمو الشخصية . وينظر المعالجون النفسيون المتخصصون في الأطفال إلى اضطرابات الشخصية كوسائل للتوافق أو لمواجهة الظروف الضاغطة في حياتهم . وفيما يلي بعض الأمثلة على اضطرابات الشخصية في الطفولة :

١ – الشخصية العدوانية السلبية : passive aggressive personality

حيث يوصف الأطفال الذين يتميزون بالعناد والغيظ والمقاومة السلبية وعدم الطاعة بأن شخصيتهم عدوانية سلبية . ومثل هؤلاء الأطفال يقاومون تنظيف غرفهم ويعبرون عن غضبهم وضيقهم عندما يطلب إليهم ذلك أو يرجى منهم ذلك . وفي كثير من هذه الحالات نكتشف أن الوالدين يتميزان بالقسوة وكثرة مطالبهما من الطفل .

٢ – الشخصية العدوانية السلبية ذات النمط العدواني :

ويتميز الطفل ذو الحساسية العدوانية السلبية بأنه ينظر لكل من الوالدين نظرة واحدة ونجده عدوانياً في بعض الأحيان وسلبياً في أحيان أخرى . أما النمط العدواني من الشخصية العدوانية السلبية فنظرته لكل من الوالدين مختلفة – فبينما لا يسلك بطريقة جانحة أو بطريقة لا اجتماعية نجده يعبر عن عدوانه بصورة مباشرة عند احباطه . وقد نجده كثير المطالب ، كثيراً في ثورات غضبه وفي السلوك التخريبي .

٣ ـ الشخصية المعتمدة السلبية : passive dependent personality

وفي هذا النوع نجد الطفل أكثر اعتماداً على الوالدين . ويؤدي تدعيم السلوك الاعتمادي من قبل الوالدين وحمايتهم الزائدة للطفل إلى فشله في التوافق مع المواقف الضاغطة وميلاً للتعلق بهم والتردد والحيرة .

٤ ـ الشخصية القهرية : compulsive personality

ونجد مثل هؤلاء الأطفال ذوي اهتمام مبالغ فيه بالنظام والانشغال الزائد بالأناقة وعمل الأشياء بطريقة صحيحة . وقد يحب ويعجب الكبار بهذه الاتجاهات التي قد تبدو مؤشرات للنضج ويعززون في الطفل هـذه الأنواع من السلوك . ولـكن لسوء الحظ فإن حيـوية الضمير conscientiousness هذه قد تصبح مفرطة وتؤدي إلى جمود في التعامل مع المواقف الغريبة أو الجديدة . وبينما لا يتميز هؤلاء الأطفال بالسلوك الوسواسي القهري السمج فإنهم قد يعدون في قمة حالة العصاب full-blown neurotics

وهناك كثير من الاضطرابات الأخرى كالشخصية القهرية ـ حيث توجد علامات العصاب أو الذهان . واضطرابات الفصام والبارانويا (مرض العظمة أو الاضطهاد الكاذب) والهستيريا. وإذا اعتبرنا اضطرابات الشخصية في الطفولة نذيراً للحالات العيادية الكاملة فيما بعد ـ تصبح مواجهة هذه المشكلات منذ فترة مبكرة جداً من الأمور الحيوية . وإذا كانت الشخصية القهرية تمثل فرصة غير عادية لنمو الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لكان ذلك أدعى أن نهتم بهذه المشكلة كلما أمكن ذلك . ومادامت اضطرابات الشخصية لا تتضمن سلوكاً منحرفاً حاداً فهي لا تلقي من العيادات الأهمية التي تتناسب مع أعدادها .

خصائص الطفل المتكيف

* قادر وراغب في تحمل المسؤوليات الملائمة لسنه .
* يشارك بسعادة في الخبرات الخاصة بكل مرحلة من مراحل عمره المتتابعة .
* يتقبل برغبة المسؤوليات الخاصة بدوره في الحياة .
* يهاجم المشكلات التى تتطلب حلولا .
* يستمتع بالهجوم وإبعاد العقبات التى تعترض طريق سعادته .
* يتخذ قراراته بأقل قدر من الهم والصراع ويتقبل النصائح .
* يثبت على إختياره الذى قام به حتى يتأكد أنه إختيار خاطئ .
* يحصل على إشباعاته الأساسية عن طريق إنجازات حقيقية لا خيالية .
* يستخدم تفكيره ويخطط للعمل لا للتأجيل أو الهروب .
* يتعلم من أخطائه بدلا من تقديم أعذار لها .
* لا يبالغ في نجاحاته ولا يربطها بمجالات أخرى لا تتعلق بها .
* يعرف كيف يعمل عند ما يعمل وكيف يلعب عندما يلعب .
* يمكنه أن يقول لا للمواقف التى تضر بميوله المفضله .
* يمكنه أن يقول نعم بالنسبة للمواقف التى في صالحه .
* يبدى غضبه مباشرة عند ما يضار أو عند ما يُعتدى على الحقوق .
* يبدى حبه مباشرة وبصورة ملائمة من حيث النوع والمقدار .
* يمكنه تحمل الألم والإحباط الوجداني عند الضرورة .
* يمكنه أن يسوى مشاكله عند ما يواجه صعوبات .
* يمكنه أن يركز جهوده على الهدف الذى يعد مهما له .
* يتقبل حقيقة كون الحياة كفاحا لا ينتهى .

طرق البحث والعلاج

Therapeutic and research approaches

تستخدم طرق البحث والعلاج الخاصة بالكبار في علاج الاضطرابات التي تحدث خلال الطفولة . فالاتجاه الجسمي الحيوي يؤكد على الأسس العضوية للسلوك اللاتوافقي . وقد حدد عدد قليل من الأسس العضوية كأسباب للعصاب – رغم أن العقاقير (ترانكلا يزرز ومضادات الاكتئاب) تستخدم بكفاءة في حالة بعض الأطفال العصابيين . أما منظور علم الاجتماع فيؤدي إلى رفع الوعي بتأثير الضغوط الاجتماعية والقيم الاجتماعية على استجابات الآباء والمدرسين والآخرين بالنسبة للسلوك اللاتوافقي للصغار .

الطرق السيكودينامية : psychodynamic methods

إن التفسير الدينامي النفسي للعصاب قد أثر إلى حد كبير على المعالجين الذين يتعاملون مع الأطفال . وطبقاً لوجهة النظر هذه فإن عصاب الطفولة سببه التوترات والحوافز والصراعات العميقة .

وحيث أن الأحداث العميقة يتعذر الوصول إليها في الطفل – يصعب على المعالج السيطرة عليها وبالتالي لا يمكنه تعديل سلوكه . وفي الحالات الهادئة – ومع تقبل اتجاه المعالج النفسي الكفء – قد يمكن للطفل أن يكشف عن محتوى اللاشعور المشتت ليفحصه بنفسه وعلى المعالج .

ويجب على المعالج النفسي الذي يعالج الأطفال أن ينطلق بحرية أكثر عن أولئك الذين يعالجون الكبار .

أولا لأن آباء الطفل عادة ما يشاركون معه بطريقة ما ، ربما عن طريق الإرشاد أو العلاج الأسري . بالإضافة إلى أن المعالج يجب أن يتحقق من حاجة الطفل لأن يحبه ، مادام الطفل لا يبدأ العلاج بإرادته ولكن لأن والديه قد أحضراه للعيادة – وبينما نجد أن المعالجين السيكوديناميين قد حددوا مفاهيم عملهم في صورة التفاعل والتداخل بين العمليات الشعورية واللاشعورية للمريض – فهم يبنون مبدأ « فكر على مسؤوليتك» think on your feet بالنسبة للأطفال . ويطبق هذا المبدأ على الأخص في حالة التبول اللاارادي .

ومن الوسائل المستخدمة مع الأطفال العلاج باللعب play therapy وهي طريقة

قد تتضمن فقط الطفل والمعالج ، أو ربما جماعة من الأطفال . وتستخدم الوسائل المسرحية كالدمى المتحركة والدمي الثابتة واللعب المختلفة كوسائل نقل يسقط عليها الأطفال اتجاهاتهم وصراعاتهم ، حيث يفترض أن الطفل وخاصة الطفل الصغير – يمكنه أن يعبر عن أفكاره ومشاعره وأوهامه بصورة مباشرة من خلال اللعب أكثر من العلاج الكلامي .

وبعض المعالجين باستخدام اللعب يفسرون بحرية سلوك الأطفال عند نقطة معينة من اللعب ، وآخرون (ممن يتبنون مفهوم العلاج المركز حول العميل client centered) يضعون أهمية أقل على التعبير اللفظي عن المشكلات والأفكار وأهمية أكبر على تأثيرات اللعب الصحي والتفاعل الاجتماعي. ويصور لنا التقرير التالي العلاج باللعب وتفسيرات المعالج للسلوك الحادث أثناء اللعب .

كان الطفل في السابعة من عمره عندما وضع في جماعة للعب وكانت له توائم أخوية على درجة أفضل من التوافق . لكن الطفل متخلف جداً من حيث النطق ومتعلق جداً بأمه التي تتعلق هي الأخرى به . وقد بدأ الطفل راضياً باللعب الانعزالي ومنشغلاً بأفكاره . وعندما دخل دار الحضانة انفصل عن أمه بصعوبة . وقد وصفته مدرسته وهو في الصف الأول بأنه يفرط في الاعتماد عليها وغير مهتم تماماً بالتعلم .

ومن الغريب أن الطفل لم يبد عليه الخوف عندما ألحق بجماعة اللعب أول الأمر . فقد كان مشدوداً إلى أدوات اللعب وخاصة بدمية من المطاط على شكل ضفدعة ، أصبحت أنا آخر alter ego . أو شبيه الأنا . وخلال الشهور الأربعة التالية لم يعد أحد من جماعة اللعب يستخدم هذه الضفدعة المطاط . وبمجرد دخول الطفل إلى غرفة اللعب يجري إلى الرفوف ويمسك بالضفدعة . وكان يبدو عليه أنه يغفل وجود الآخرين والعامل الموجود معهم عندما ينغمس في أوهامه المتعددة . وكان خموله وكسله يختفيان تماماً تحت التأثير السحري للضفدعة كما كان يحدث وهو في طريقه لغرفة اللعب أصواتاً مختلفة ليبرز الأدوار المختلفة التي يفترضها للضفدعة (أو لنفسه) . ففي احدى المرات صنع غطاء من القماش لرأس الضفدعة وثبته عليها ، وأصبح الطفل بذلك ضفدعة عظمى super frog يزأر في الهواء مسرعاً من أحد أطراف الغرفة إلى طرفها الآخر ، وفي بعض الأحيان يأخذ الضفدعة من الرف العلوي مرفرفاً بها في الهواء . وفي أوقات أخرى أصبحت الضفدعة مائية عندما بدأ يلعب الطفل بالماء .

كان الطفل يتناول المرطبات عندما يجعل الضفدعة تمسك بالحلوى والكعك والفاكهة التي يقدمها العامل . كان الطفل وضفدعته مشغولين عند النافذة عن أحد الاجتماعات . وتبين العامل بعد ذلك أن الطفل (الضفدعة) قد علق النموذج المطاطي من رقبته في حبل ستارة النافذة . لقد كان ذلك تعبيراً عن نموذج الأب . (لقد وجد أن الأب في حقيقة الأمر يفضل صراحة التوأمين

اللذين كانا أكثر نشاطاً عن الطفل وأكثر عدواناً أيضاً) . لقد أحدث الضفدع (الطفل) في عدة لقاءات بعد ذلك أنواعاً من التشويه في اللعب والدمي الموجودة ثم الأشياء المختلفة دون تمييز بعد ذلك .

وفي نهاية العام الأول — ذكر العامل في تقريره أن الطفل كان كثير الاهتمام بالأطفال الآخرين ونادراً ما استخدم الضفدعة أو أي دمية أخرى في لعبه ونشاطه . كما كان يغيظ الأطفال الآخرين باعتدال ثم يجري بعيداً ومازال الأطفال يتسامحون معه كما هي الحال عند الإثارة المعتدلة . وقد بدأ انضمامه إلى المباريات المختلفة وبناء المكعبات يزداد شيئاً فشيئاً . وذكرت الأم (أم الطفل) وجود تغير ملحوظ في اتجاهاته وسلوكه في المنزل ، وأكد مدرسوه هذه الملاحظة .

ويذكر المعالج أن الطفل هنا كان يعاني من غضب حاد مكبوت — وأن العلاج عن طريق اللعب كان فرصة لكي يعبر الطفل عن بعض القوى غير المعروفة فيه .

الطرق السلوكية : Behoavioral methods

يؤكد الإتجاه السلوكي في العلاج على دور الخبرة (الأسرية والمدرسية) في تشكيل السلوك. وتعزيز الاستجابات غير المرغوبة في الطفل — أو ملاحظة الطفل وتقليده لتلك الاستجابات عندما تظهر من الآخرين — يمكن أن تكون مقدمات أو سوابق هامة للسلوك العصابي. وتطبيق أسلوب العلاج السلوكي يعني أننا يجب أن نساعد الطفل العصابي على إبدال السلوك غير الملائم باستجابات أكثر ملاءمة . ولقد استخدمت مبادىء التعزيز ومبادىء التعلم بالملاحظة في العلاج وذلك بإثابة السلوك المرغوب فيه وتزويد الطفل بنماذج اجتماعية فعالة ومؤثرة . وهذه الطرق يمكن تطبيقها أيضاً في طرق العلاج النفسي التقليدية وغيرها . ومن الناحية النظرية فهناك جدل حول نجاح وفعالية العلاج النفسي مع الأطفال في حالات معينة . والجواب على ذلك — أنه طبقاً لعلم النفس التعليمي — أنه أمام الطفل فرصة لأن يلاحظ وأن يحاكي emulate البالغ المؤثر المعزز .

وبينما تؤكد وجهة النظر السيكودينامية على الحاجة إلى كشف الدوافع العميقة فإن وجهة نظر التعلم تنصب على تعديل قطاعات معينة من الذخيرة السلوكية للطفل .

ويتضح من المثال التالي استخدام التعزيز لكشف وتقوية السلوك المقبول اجتماعياً في أربعة أخوة .

أربعة إخوة من أسرة واحدة تتراوح أعمارهم بين ٨ — ١٢ من العمر مشهورون في المدرسة الابتدائية بالآتي :

— المشاكسة وإحداث فوضى في الفصل .

– وأنهم أقل من المتوسط في عملهم المدرسي .

– وإحداث مشاكل عامة . ورغم وجود اختلافات واسعة بينهم فإنهم جميعاً يعدون مجموعة مرعبة وجميعهم معروفون بأنهم أسوأ أطفال المدرسة .

أما مورت Mort فقد تحسن اجتماعياً منذ الصف الأول . أما الآن فقد وجد نفسه غارقاً في غموض الصف السادس في الوقت الذي كان فيه قادراً على أداء أعمال الصف الرابع .

أما « باك Buck » ، « آرت Art » فلم يكونا من التلاميذ الجيدين ولكنهما كانا مصدرين للمتاعب . ورغم أنهما لم يكونا مصدرين للمتاعب بنفس درجة « مورت » فإنهما قد قاما بكثير من الشجار غير العادي . أما « دوني Donnie » فكان أفضل بدرجة طفيفة من التلميذ العادي ونادراً ما تسبب في إحداث اضطرابات بنفسه رغم أنه كان يعمد إلى معونة اخوته عندما يقوم اخوته بشجار عنيف .

كان جميع هؤلاء الأطفال (الأولاد) سريعي الغضب عندما يشاركون في لعبة ما ، ورغم أنهم لاعبون ممتازون – فإن نزعتهم إلى خلق المتاعب تجعل من اللعب مصدر تعاسة لمن يشاركهم من الأولاد الآخرين .

ولقد طبقت على كل منهم نفس الخطة رغم أن الشكوى من « دوني » كانت أقل من الباقين . تسلم كل طفل مذكرة من مدرسه في نهاية اليوم الدراسي . توضح المذكرة مدى حسن سلوك صاحبها والعمل الدراسي الملائم الذي قام به حتّى التاريخ الذي سجله المدرس بجانب توقيعه .

ويتسلم الآباء المذكرة من الطفل في المنزل بالمديح ويعطي ١٥ درجة تجمع على باقي درجاته الأسبوعية وتعلن يوم السبت من الأسبوع التالي . والفشل في الحصول على مذكرة يواجه باتزان ودون تهديد ودون ذكر عبارات تهكمية من الوالدين .

كانت الخطة من البداية فعالة . وكما هو متوقع فإن « دوني » حقق معدلاً أفضل ، ولكن المستغرب أن « باك » الذى كان مثيراً للاضطراب مثله مثل « مورت » قد تساويا مع « دوني أما آرت فكان أقلهم جميعاً . لقد ادهش « مورت » مدرسيه بالتحسن الذي أحرزه في النواحي الأكاديمية ، وتحول سلوكه اللااجتماعي في نهاية الفصل الدراسي إلى سلوك صدوق . ومما لوحظ على « باك » و «آرت» ذلك التحول الغريب الذي حدث لهما – ففي إحدى المشاجرات وجد أنهما بدلاً من الشجار فقد ابتعدا عن الموقف .

إن الجهود الخاصة بتعديل السلوك قد تركزت على انطفاء Extinction الخوف والقلق بالإضافة إلى انطفاء السلوك الذي يؤدي إلىالاستثارة. كما استخدمت طرق سلب الحساسية وتعديل السلوك وطرق أخرى لتمييز السلوك غير المرغوب فيه والإسراع من السلوك التوافقي الاجتماعي .

– الطفل الذي يبلل الفراش :

بلل الفراش من الأمور الشائعة عند الأطفال . والتبول اللاارادي enuresis هو بلل فراش مزمن حتى في الأطفال الكبار الذين تمكنوا من ضبط المثانة . وقد ينظر إلى الأطفال الذين يبللون فراشهم وهم في سن الرابعة أو الخامسة على أنهم مصابون بالبوال enuretic أما أطفال السادسة والسابعة فمن المؤكد أنهم مصابون بالبوال . وتوجد ظاهرة التبول اللاارادي في جميع البلاد وبين كل الجماعات الاجتماعية ، كما أنها تحدث بين البنين ضعف البنات ويتوقف أكثر من٨٥ ٪من الأطفال عن بلل الفراش في سن الرابعة والنصف من العمر . وبوصول الأطفال إلى السابعة والنصف تصل نسبة من توقفوا عن بلل الفراش إلى ٩٠ ٪ . لقد استخدمت الطرق الاشراطية بنجاح في علاج التبول اللاارادي . وفي بعض الحالات يستخدم تيار كهربي بسيط في إثارة جرس يسبب ضيقاً للطفل وينشط التيار الكهربي أي كمية بول ولو قليلة – مما يدفع الطفل إلى المحافظة على نفسه جافاً حتى يتجنب المثير المؤذى

وتفسر الصياغات السيكودينامية بلل الفراش على أنه انعكاس لصراع عميق بين الطفل وبين أحد الوالدين أو كليهما . وفيما يلي إحدى الحالات التي عالجها « ميلتون اريكسون Milton Erickson » وهي حالة ولد في الثانية عشرة من عمره يبلل فراشه كل ليلة .

كان والده رجلاً صعباً وغير متعاون وغير مهتم ببلل إبنه لفراشه ، أما الأم فكانت مهتمة إلى حد كبير. ويذكر « اريكسون » أنه بعد أن حدد حجم الموقف مع الأم ومع الولد . أصبح من الواضح أن الولد كان عدائياً تماماً نحو الأم عن طريق بلل الفراش . وكان غاضباً منها ويتشاجر معها لنفس الأمر ويقول « اريكسون » أنه قال للولد أن لدى علاجاً لحالتك ولكنك لا تفضله . وهو علاج فعال ونتيجته مؤكدة في التغلب علىمشكلتك ومؤكد أنه لن يفضله ولكن الأم ستكره هذا العلاج كثيراً . وهنا ما الذي سيفعله الطفل ؟ إذا كانت الأم ستكره العلاج إلى حد كبير أكثرمنه كان ذلك في صالحه، فالمتوقع أن يتعاون الطفل مع المعالج في أي شيء يزيد من معاناة الأم .

ويذكر « أريكسون » أنه اقترح على الطفل أن تصحو الأم من نومها في الرابعة أو الخامسة صباحاً فإذا ما وجدت فراشه مبللاً ستوقظه من نومه ، وسوف لا توقظه إذا وجدت الفراش جافاً . وإذا وجد الفراش مبللاً وأيقظته الأم سيقوم من سريره ويذهب إلى مكتبه ويكرر كتابة عدة صفحات من كتاب يختـاره بنفسه ، ولن يسمح له بالتوقف عن الكتابة حتّى السابعة صباحاً ، وستقوم أمه بملاحظته أثناء قيامه بذلك كما ستراعي خلال ذلك أن يتحسن خطه في كل مرة (كان معروفاً أن الولد سيىء الخط ويحتاج لتحسن) .

كان الأمر مفزعاً بالنسبة للطفل أن يستيقظ في الرابعة أو الخامسة صباحاً ـ لكن المهم أن الأم ستصحو قبله . وكان من غير السار أن تجلس الأم لتلاحظه وهو يكتب وتلاحظ تحسن خطه، ولكن على أي حال فإن ذلك لن يحدث إلا في الأيام الّتي يبلل فيها فراشه . ولم يكن هناك أسوأ من الاستيقاظ في تلك الساعات المبكرة من الصباح لتحسن الخط .

لقد بدأت الأم والولد تنفيذ الطريقة ولم يستغرق الولد فترة طويلة حتّى تخلص من بلل فراشه. لقد بدأ الأمر بمرور ليال دون بلل إلا ليلتين في الأسبوع ثم ليلة كل عشرة أيام ومع ذلك استمرت الأم في إيقاظ الطفل وتنفيذ التعليمات كلما حدث البلل ومراعاة تحسن خط يده .

وفي نهاية الأمر أصبح البلل مرة في الشهر ثم أصبح الطفل قادراً على التحكم في نفسه تماماً وبدأ في إقامة صداقاته الأولى في حياته . ففي الصيف حضر إليه بعض أقرانه ليلعبوا معه . كما تحسنت درجاته المدرسية في العام التالي مباشرة تحسناً كبيراً وكان ذلك هو أول إنجاز حقيقي لـــه .

لقد كان الأمر لعبة بين الولد وأمه ـ تلعب الأم مرة ضد إبنها ـ ومرة يلعب الولد ضد أمه . وهذه هي الطريقة البسيطة الّتي عبرنا عنها سابقاً بقولنا : أن لدي علاجاً لك ولكنك قد لا تفضله ، ثم الاستطراد في القول بأن الأم ستكره هذا العلاج كثيراً جداً . وفي نفس الوقت كان الطفل في إنتظار متلهف لمعرفة هذا العلاج . وقد انتهى العلاج إلى عدة نتائج هامة :

ـ تحسن في كتابته .

ـ أصبح جفاف الفراش ظاهرة يهتم بها الطفل ويتجنب بها التهديد المترتب على البلل .

ـ بدأ تحسن واضح وكبير في تحصيله الدراسي .

ـ بدأت علاقاته بالآخرين في التحسن وقامت بينه وبينهم صداقات .

وقد أدت ملاحظة الأم لتحسن خط إبنها إلى إعجابها بهذا الإنجاز وإعجاب إبنها أيضاً بذلك . وعندما حضرت الأم والطفل ليطلعا المعالج على ماتم تحقيقه من نجاح في تحسن الخط كانا شغوفين بأن يُطلعاني على هذا الخط الجميل . وقد عمدت إلى تصفح ما قدماه لي صفحة صفحة وإبداء إعجابي بجمال خط الطفل .

أما الأب فبعد أن أصبح فراش الطفل جافاً فقد أخذ يلعب الكرة معه – وأصبح يحضر إلى المنزل مبكراً من عمله . وقد تغيرت استجابات الأب للطفل بعد أن تخلى عن بلل فراشه – إلى الأفضل وأصبحت مشجعة للطفل . ويذكر « أريكسون » أن الأب قال للطفل :

لقد تعلمت أنت كيف تحافظ على فراشك جافاً بطريقة أسرع مما تعلمته أنا ، فلابد أنك أكثر ذكاء مني . وبدأ الأب يغدق على الطفل ويصبح كريماً معه ، فقد أصبح يشعر أنه ليس المعالج النفسي الذي أنهى المشكلة ولكنها القدرة العقلية الفائقة التي ورثها إبنه عنه . ولقد أصبح الموقف الأسري عامة أكثر صلة وترابطاً عما قبل تمثل في سعادة الأب بإبنه وتقدير الأب وتقبله للإبن نتيجة انجازاته العديدة (هالي Haley ، ١٩٧٣) .

ذهــان الطفولــة : Childhood-Psychosis

لا شك أن الأفكار الخطرة (Severe thoughts) والمشكلات السلوكية تحدث بين الأطفال والكبار ، لكن تحديد مظاهر الذهان بين الكبار إنما يتم بطريقة فاصلة – بينما يختلف الأمر في حالة الأطفال حيث يكون التمييز بين أنواع الذهان وبعضها أمراً غامضاً وصعباً . ويذكر كثير من المعالجين النفسيين الذين يتعاملون مع الأطفال أن تشخيص الأضطرابات الحادة بين الأطفال وخاصة الأصغر سناً أمر ليس هيناً. ولا نبالغ إذا قلنا أن دراسة اضطرابات الذهان في الأطفال تتميز بشيء من الخلط ونقص في الاتفاق حتى على المصطلحات المستخدمة . لكن هناك أمر واضح هو أن ذهان الأطفال ليس مجرد نسخة مطابقة لذهان البالغين . فأشكال السلوك وأنماط التفكير المضطرب عادة ما تكون مختلفة إلى حد كبير . أما ما هو مشترك بين كل من ذهان الأطفال والبالغين فهو :

- ضعف الصلة بالواقع .

- ضعف التوافق الاجتماعي .

- المستوى المنخفض من العمل والمهارات الدراسية .

ـ الاختلال العام في الشخصية .

وهناك نوعان من ذهان الطفولة أمكن التمييز بينهما بوضوح هما :

الاجترار الذاتي الطفلي infantile autism

وفصام الطفولة childhood schizophrenia

وأول من حدد هذا التمييز هو « كانر Kanner » (٤٣ ، ١٩٥٧) وسار على نهجه كثير من المعالجين . ويذكر « كانر » ما أشار إليه آباء بعض الأطفال الذهانيين من أن أطفالهم لم يقيموا أبداً علاقات مع الآخرين حتى وهم أطفال رضع . وطبقاً لـ « كانر » فقد كان هؤلاء الأطفال اجتراريين ، بينما الأطفال الذين أقاموا علاقات اجتماعية وانسحبوا منها بعد ذلك فهم الفصاميون .



إجـتـرار الطفـولة

infantile autism

إن الطفل الإجترّاري تحوطه كثير من الأسرار والغموض ، فسلوكه يبدو كما لو كان صادراً عن أفكار داخلية . وهو لايراك رغم أنك ماثل أمامه . منسحب اجتماعياً وفاشل في الاتصال بالآخرين كالأبكم، وكثيراً مايتصف بعدم النضج والتخلف. وينطبق وصف « كانر » عن الطفل الإجترّاري على كثير من الأطفال الذين يودعون في مؤسسات المتخلفين عقلياً . حيث نجد البعض منهم على درجة طيبة من القدرة العقلية . وكثيراً مايستجيب الطفل الإجترّاري للأشياء كاستجابة الأطفال العاديين للناس – بالغضب والحب وماشابه ذلك . وزيادة على ذلك الميل وذلك التعلق بالأشياء فإنه يبدو مشغولاً بشدة السلوك الحركي – فيلف ويدير الأشياء حول نفسها ويدور حول نفسه ويهتز وغير ذلك من ألوان الحركات الجسمية الإيقاعية . وجميع هذه الحركات تمنحه درجة عالية من السرور وحالة من الابتهاج الغامر .

ونلاحظ أول علامات الإجترار منذ السنوات الأولى من الحياة . حيث يوصف الرُضع الإجترّاريون بقلة مطالبهم وقلة انتباههم. وكثيراً مانلاحظ في سن ٤شهور أو خمسة أن الرضيع بطيء في النمو كما يلاحظ عدم استجابته للمجال الإجتماعي على الأخص . ويبدو على الطفل في سن عام جبن متزايد وبطء شديد في النمو اللغوي ، وضرب الرأس بعنف ، واهتزاز الجسم بشدة ، وميل فقط إلى اللعب بالأشياء بصورة متكررة . ولأنهم يخجلون من المواقف التي تحتاج للاتصال والتفاعل الاجتماعي فإن الأطفال الاجتراريين يتأخرون في النمو باستمرار عن أقرانهم ، ويحرمون أنفسهم من كثير من النواحي الثقافية . وتصور الحالة التالية عدداً من خصائص الأطفال الإجترّاريين :

أحضر طفل في سن الخامسة للاستشارة النفسية لأنه المدرسة لم تعد تتقبل سلوكه . ويشير تاريخه كما عرف من والديه إلى أنه منذ فترة مبكرة من المهد وهم ينظرون إليه على أنه طفل جيد لم يبك ولم يحدث جلبة أبداً ولم يكن يتضايق من تركه وحيداً في مهده لفترة طويلة . ثم لاحظ الوالدان أنه أصبح يتجاهلهما كما لو كان لا يعرفهما كما أنه أصبح لا يستجيب لهما بأي صورة من الصور . كان أول اهتمام به من قبلهما هو سمعه . وقد ذكر طبيب الأسرة أنه من الضروري عرضه على أخصائي لفحص سمعه لاحتمال إصابته بالصمم. وبينت الفحوص الطبية أن سمعه سليم – أما الفحوص العصبية فقد أشتبهت في وجود تلف في المخ . ثم أصبح سلوك الطفل غريباً فاليد تنتفض في حركة دائرية ويقفز ويغالي في ذلك ، ويقف في أوضاع خاصة غريبة ولم تعد

الأسرة قادرة على تدريبه على ضبط الإخراج أو تعليمه أية لغة للتفاهم . ومع ذلك فقد ظهر الطفل في بعض المواقف ذكياً جداً وموهوباً . على سبيل المثال فقد أصبح على درجة عالية من المهارة والتنظيم والتناسق الحركي الدقيق خاصة في اللعب الدائم باللعب الصغيرة وأيضاً في قذف الكرة والإمساك بها . ولكنه لم ينم أبداً من الناحية اللغوية — وعليه فقد ألحق بمدرسة خاصة أمكنه فيها أن يتوافق إلى درجة طيبة .

إن الطفل الإجترازي مصاب بضعف في عدة نواح بحيث يصعب علينا أن نقرر أيها أكثر خطورة أو أهمية . والأوصاف التالية قدمتها أم طفل اجترازي . تقول الأم : لقد عاملت الطفل بعناية ، وجلس ومشى في السن الملائم ولكن بعض أنواع السلوك التي كان يأتي بها كانت تضايقنا . فلم يكن يضع شيئاً في فمه لا أصابعه ولا لعبه — لا شيء بالمرة . .

ومما كان يثير اضطرابي حقاً هو أن الطفل لم يكن ينظر أو يبتسم لنا ، ولم يكن يلعب الألعاب التي تميز مرحلة المهد . وفي الوقت الذي لم يكن يبكي فإنه نادراً ماابتسم ، وإذا حدث وابتسم فيكون على أشياء لا تبدو مثيرة للضحك بالنسبة لنا . وعندما كنت أحمله لم يكن يعانقني بل يجلس في وضع قائم فوق ركبتي (في حجري) ولا يعانقني حتى عندما ألاعبه وأهزهزه . وباعترافنا أن الأطفال قد يختلفون فقد تركناه وشأنه ورضينا به . وفي أحد الأيام عندما كان الطفل في سن ٩ شهور زارنا أخي وقال لي عندما لاحظ الطفــل أن الطفل ليست لديه غرائز اجتماعيــة . ورغم أن الطفل كان ترتيبه الميلادي الأول فلم يكن معزولاً ، فقد كنت أضعه خارج المنزل كثيراً حيث يتوقف تلاميذ المدارس ليلعبوا معه أثناء مرورهم . وكان يتجاهلهم .

لم تتغير ثرثرة الطفل babbling إلى كلام بوصوله إلى الثالثة من العمر — أما لعبه فكان انفرادياً متكرراً . كان يمزق الورق إلى شرائح رفيعة طويلة يملأ منها سلة كل يوم ..

وكان يرمي أغطية الآنية ويثور عندما نمنعه أو نحاول أن نحوله عنها. لقد كان من الصعب عليّ أن أحدد على أي شيء يركز عليه — كان الأمر كمن يحاول الإمساك بالزئبق .

أما مغامراته في الحي الذي نسكن فيه فقد كانت سيئة . حيث كان يتجاهل القواعد العامة للسلوك ، وكثيراً ما عاقبه الأطفال الآخرون على ذلك . كان دائماً يمثل شخصية حزينة انفرادية ودائماً يحمل طائرة (لعبة) ولكنه لم يلعب بها أبداً .

وفيما يلي تلخيص لسلوك مجموعة من الأطفال الذين تم تشخيصهم كاجترازين يتضمن أنواعاً من السلوك التي يشترك فيها الإجترازيون مع غيرهم من الأطفال المضطربين والعاديين .

أنواع السلوك المرضي المميز للأطفال الإجتراريين

السلوك الحركي motor B.	السلوك الإدراكي percepual B.
أ - حركات تشمل الجسم كله : - الدوار حول نفسه بسرعة وبكثرة . - السير في شكل دائرة مغلقة صغيرة باستمرار - الوثوب المفاجيء . - الجري أو المشي على أطراف الأصابع . - المشي بطريقة شاذة . **ب - حركات الأيدي :** - الصفع بالأيدي . - النقر بالأصابع . - إسقاط الأشياء . - تذبذب اليد . **ج - الكف الحركي : inhibitory** - حبس الاستجابات . - اتخاذ وضع ثابت للجسم .	**أ - السلوك البصري :** - إطالة النظر للشيء regarding - الحملقة staring - مدقق بصرياً . **ب - السلوك السمعي :** - يصغى إلى أصوات ذاتية . - تغطية الأذن باليدين وهزتها والضرب عليها **ج - السلوك الشمي :** - يتنشق ويشم الأشياء **د - السلوك اللمسي :** - دقة حاسة اللمس .

أنواع السلوك المرضي الشائع بين الإجترارين وغيرهم من الأطفال

السلوك الإيقاعي Rhythmic B.	سلوك متنوع miscellaneous
– إهتزاز الجسم وتأرجحه Rocking – القفز المتكرر . – ميل الرأس وتأرجحه Head Rolling – ضرب الرأس Head banging	– الضرب المتكرر على الجسم بيديه . – الضرب المتكرر على ما يحيط به مستخدماً يديه . – الانشغال والاهتمام بنواتج الإخراج (البول ، والبراز والمخاط الأنفي واللعاب) . – ثورات الإنفعال .

السلوك العادي الشائع بين الأطفال الإجتراريين وغيرهم من الأطفال

– الصراخ .

– الأصوات اللغوية

– أنواع متعددة من السلوك الشفوي (المص ، العض ، اللعق) .

ويذكر « كلانسي ، ودوجديل ، ورندل شورت Clancy, Dugdale, and Rendle-Short (١٩٦٩) بعد دراسة اكلينيكية لمجموعة من الأطفال المضطربين أن توافر ٧ من عناصر القائمة التالية يعد دليلاً قوياً على أن الطفل إجتراري والقائمة هي :

١ – صعوبة بالغة في الاختلاط واللعب مع الأطفال الآخرين .

٢ – يعمل كأصم – لا يعطي أي استجابة للمثيرات الكلامية أو الصوتية .

٣ – مقاومة شديدة لأي تعلم سواء كان تعلم السلوك جديداً أو مهارات جديدة .

٤ – قلة الخوف من الأخطار الواقعية . مثال ذلك أنه قد يلعب بالنار ، أو يتسلق مرتفعات خطرة ، أو يجري في طرق مزدحمة ، أو يقذف بنفسه في البحر .

٥ – مقاومة أي تغير في النظام المألوف . فالتغير في أصغر الأشياء قد يؤدي إلى قلق حاد متزايد وغير منطقي . المثال على ذلك رفض الطفل أي نوع جديد من الطعام إلا لعدد القليل من الأطعمة التي يعرفها .

٦ – تفضيل الإشارة إلى حاجاته عن طريق الحركة دون استخدام اللغة .

٧ – الضحك والقهقهة لأسباب غير واضحة .

٨ – لا يعانق الكبار كرضيع – فهو لا يقذف بنفسه على الآخرين ولا يحرك أذرعه للالتفاف بهم وعناقهم .

٩ – نشاط جسمي مفرط وملحوظ . فقد يستيقظ الطفل ويلعب عدة ساعات في الليل ورغم ذلك يكون مملوءاً بالحيوية والنشاط في اليوم التالي .

١١ – لا يتصل بصرياً بالآخرين . فهناك ميل دائم لأن ينظر إلى ماوراء المتكلم أو والانصراف عن الناس عندما يكلمونه .

١١ – ارتباط غير عادي بشيء معين أو بأشياء معينة ، وينشغل بسهولة بالتفصيلات أو بجانب معين من الشيء ويصرف النظر عن فائدته الحقيقية ودون أي اهتمام بها .

١٢ – يسقط الأشياء وخاصة الأشياء الدائرية وقد يصبح مستغرقاً تماماً في هذا النشاط ويتضايق جداً إذا منعه أحد من ذلك أو قاطعه أحد .

١٣ – اللعب الفردي المتكرر المستمر . مثل قطع شرائط من الورق ، قذف قطع من الحصى في علبة من الصفيح ، تمزيق الورق .

١٤ – الفتور – يتصل قليلاً جداً بالناس الآخرين ويعاملهم كأشياء لا كبشر .

ويمكن للدراسة التتبعية للأطفال الذين تم تشخيصهم كاجترارين أن تكشف لنا مايحدث لهؤلاء الصغار كلما تقدموا في العمر . ويذكر « كانر » (١٩٧١) ومساعدوه من خلال دراسة

تتبعية لـ ٩٦ طفلاً إجترارياً خضع أغلبهم لدرجات متنوعة من الرعاية المستمرة ـ أن ١١ طفلاً منهم حقق درجة طيبة من التوافق الاجتماعي والمهني وبعضاً من هذه الفئة قد التحق بالجامعات. ولم تشر هذه النتائج إلى ما إذا كان هؤلاء الأطفال قد حصلوا على علاج نفسي أم لا .

وعموماً فإن خير معيار لحدوث التوافق بالنسبة للأطفال الاجترارين هو استخدامهم الكلام بطريقة مفيدة للتفاهم والاتصال بالآخرين في سن الخامسة . أما الأحد عشر طفلاً الذين تم شفاؤهم (السابق ذكرهم) فقد حدثت التغيرات التكيفية المهمة لديهم خلال فترة مراهقتهم المبكرة . ويبدو أنهم قد أصبحوا في فترة ما ـ على وعي بحالتهم وبضرورة القيام بجهود واعية من أجل تحقيق التوافق اللازم . ويوضح ذلك الحديث الذي قدمه لنا رجل في سن ٢١ عاماً سبق تشخيصه وهو صغير على أنه اجتراري وشفي ،

يقول الرجل :

عندما كنت صغيراً في الثالثة من عمري شعرت بالرهبة لأنني لم أكن قادراً على الكلام ـ ولهذا السبب كنت أصرخ باكياً لعدة ساعات كلما شعرت بالإحباط وبدأت القدرة على الكلام في سن الرابعة والنصف من العمر ، ولكنني لم أكن أتكلم كلاماً سليماً مما زاد من ضيقي . وكان من الصعب علي أن أتقبل فكرة صعوبة الكلام ـ لكني على الأقل كنت أنطق نطقاً صحيحاً لكلمات مثل : مترونوم ـ غاز ـ دخان ـ بنت ـ ماما ـ سيارة ـ قطار . كما كان من الممكن أن أنادي أخواتي بأسمائهن .

دخلت مصحة كولومبس العقلية للأطفال في سن الخامسة والنصف حيث تحسنت فيها كثيراً ، فقد بدأت في سن السابعة في الكلام بطريقة جيدة في أي موضوع . ففي السادسة بدأت أعمل على أن أتكلم كلاماً سليماً . واستغرق تحقيق ذلك الأمر عاماً كاملاً مني . قدم لي الطبيب شريطاً مسجلاً عليه ممارسة تمت بيني وبينه في أحد اللقاءات . سحرني هذا التسجيل ولكنني امتعضت لسماع تلك الأصوات المشوهة الصادرة مني بالمقارنة بتلك الصادرة عن الطبيب . ومن الواضح أن هذه المقارنة قد جعلتني أرغب في الكلام بطريقة صحيحة كما يفعل الناس الآخرون .

تركت المصحة في الثامنة من العمر وذهبت إلى منزلي للبقاء فيه وبدأت الصف الأول بمدرسة عامة ، لقد كنت فخوراً بمدرسي لأنهم يعاونوني كثيراً لأنني كنت لاأزال ضعيفاً جداً. وكان من الممكن أن ترفضني كثير من المدارس العامة والقانون لا يجبرها على قبولي .

أسباب الإجترار الذاتي للطفولة :

توجد عدة نظريات حول أسباب اجترار الطفولة . فقد كان الاهتمام باضطرابات الطفولة كبيراً ، لا بسبب تزايد عدد الأطفال الاجتراريين (٤ — ٥ لكل ٠٠٠ر١٠ طفل في أمريكا عام ١٩٦٩) ولكن بسبب الإنحراف السلوكي الحاد والواضح المميز لهذه الفئة من الأطفال وهذه العزلة الغريبة التي تظهر عليهم في تلك السن المبكرة من حياتهم ، ومقاومة الاجتراريون لطرق العلاج التقليدية .

وما يلاحظ أن الاجترار منتشر بين الأولاد أكثر من البنات . كما تشير الدراسات التتبعية أن المريض إذا كان مستواه العقلي منخفضاً كانت حالته أسوأ منها في حالة المستوى العقلي العادي وتكثر علامات إختلال الوظائف العضوية للمخ بين الاجتراريين ذوي المستوى المنخفض من الذكاء عن الأطفال الاجتراريين العاديين من حيث مستوى الذكاء . (روتر Rutter ، ١٩٧٠ ، ١٩٧٢) .

أولاً : الاتجاه السيكوديناميكي : Psychodynamic approach

يذكر كثير ممن درسوا إجترار الطفولة أن سببه عيب وراثي . ودون إنكار لهذا الاحتمال — يشعر آخرون بأن نقص الحب بين الوالدين عامل مهم يسهم في حدوث تلك الحالة المرضية وطبقاً لوجهة النظر الأخيرة — فإن السلوك الاجتراري يعد نتيجة للتربية في جو بارد وجدانياً . .

وبينما يصف عدد من المعالجين النفسيين آباء الأطفال الاجتراريين بأنهم باردون وجدانياً، وسواسيون ، ومنفصلون عن بعضهم — ذكر البعض الآخر قليلاً من الاختلافات الشخصية بين آباء الطفل الاجتراري وبين غيرهم من الآباء .

وقد وجد أن أشقاء الأطفال الاجتراريين عاديون من الناحية العيادية مما يشير إلى أن الاجترار يرجع إلى أسباب بيئية — أيضاً أي سلوك شاذ في آباء الأطفال الاجتراريين قد يرجع إلى حد كبير إلى الضغوط المرتبطة بتربية الطفل الذي يتميز هو نفسه بالغرابة وعدم التعلق بالآخرين وبالعزلة .

ورغم الثغرات الموجودة في النظرية السيكوديناميكية — إلا أن وجهة نظرها حول الطفل الإجتراري مازالت قائمة ومؤثرة . ويذكر « بيتلهايم Bettelheim » (١٩٦٧) أن الإجترار

يتكون كاستجابة للمشاعر السلبية المتطرفة التي يبديها الوالدان .

وهذه المشاعر قوية جداً للدرجة أن الطفل يشعر معها بأنه قد فقد الأمل في الحصول على الدفء والحب . وطبقاً لـ « بيتلهايم » فإن نقص الحب يعد ذا تأثير فعال وقوي في مرحلة تتميز بالحساسية من مراحل النمو – مثل الشهور الستة الأولى من الحياة عندما تبدأ العلاقات مع الموضوعات الإجتماعية في التكوين ، ومن ٦ : ٩ شهور من العمر عندما يبدأ الكلام والمشي . والطفل قد يفشل في النمو الكلامي وفي التعبير الإنفعالي بسبب قلة مايستقبله من المحيطين به. قد لا يتأثر أشقاؤه بمثل هذه البيئة – ربما لكون استجابة الآباء كانت خاصة بهذا الطفل وحده . ويذكر «بيتلهايم» أنه من المهم جداً أن تعرف إذا ماكان الطفل الإجترار ي قد خضع لظروف من النبذ في فترة ما من فترات حياته النمائية الحساسة .

ثانياً : الاتجاه الجسمي الحيوي : biophysical approach

من الواضح أن « بيتلهايم » لم يضمن تفسيره لأسباب الإجترار الذاتي في الطفولة تلك الأسباب الطبيعية الحيوية . ورغم أن (كانر) لم يجد شذوذاً عضوياً يمكن أن يكون سبباً في سلوك الطفل الإجترار ي – فقد قدم البعض الآخر عدة تفسيرات طبيعية حيوية تتضمن عادة تلف المخ أو عيوبا في الجهاز العصبي المركزي . ويكشف رسام المخ الكهربائي والإشارات العصبية إلى ما يفيدذلك ولكنهاأمورغيرمؤكدة. وهناك أيضاً ما يفيد أن الإنسحاب الإجتماعي المميز للطفل الإجترار ي وفشله في الإستجابة للمثيرات الحسية إنما قد يرجع إلى خلل في وظائف التكوين الشبكي للمخ . وهناك موجات مخية معينة تؤيد فكرة أن الطفل الاجترار ي لديه نشاط فسيولوجي زائد . وقد افترض « ريملاند Rimland » (١٩٦٤) أن السلوك الإجترار ي قد ينتج عن عامل وراثي متنحٍ نادر rare genetically recessive trait وهذ الاحتمال يتمشى مع عدد من الملاحظات التي نذكر منها ما يلي :

١ – ولادة بعض الأطفال الإجترار يين لآباء لا يتفقون مع نمط الشخصية الاجترار ية .

٢ – أن الآباء الذين ينطبق عليهم وصف المرض غالباً ما يكون أطفالهم عاديين وغير اجترار يين .

٣ – مع بعض الاستثناءات القليلة جداً – نجد للطفل الاجترار ي أشقاء عاديين .

٤ – يتصف الأطفال الاجترار يون منذ الميلاد بأنهم غير عاديين سلوكياً .

٥ – هناك نسبة تكاد تكون ثابتة – حيث نجد ٣ – ٤ أطفال لكل بنت واحدة مصابين بالاجترار الذاتي .

٦ – كل التوائم التي سبق دراستها وكانت من النوع المتماثل كان كلا التوأمين مصابا بالمرض .

٧ – يمكن حدوث الاجترار أو يحدث في الأطفال المصابين بتلف في المخ .

٨ – الأعراض تكاد تكون واحدة في كل حالات الاجترار .

٩ – لا يوجد تدرج في حدوث الاجترار الذاتي الطفلي حيث نجد تحولاً مفاجئاً من الحالة العادية إلى الحالة المرضية الحادة .

وقد ذكر « ريملاند » (١٩٧٣) أن ضعف التمثيل الغذائي للغدة الإدرينالينيةونقص الفيتامينات وضعف إمتصاص أغذية معينة (كاللبن) قد يتعلق بالسلوك الاجتراري في الأطفال .

ويشفى قليل من الأطفال الاجتراريين ويكبرون ويتزوجون وينجبون أطفالاً مما يثير افتراضاً آخر خاصاً بانتقال العوامل الوراثية المرتبطة بالاجترار . وهناك قصور آخر بالنسبة للعامل الطبيعي الحيوي في تفسير الاجترار هو أن هذه الحالة نادرة نسبياً ، حيث وجد أن حوالي ٢ ٪ فقط من أشقاء الأطفال الاجتراريين قد شخصت حالتهم على أنها اجترار ذاتي .

وإختلاف الآراء حول العوامل المسببة للاجترار الطفولي نشأ بسبب قلة العلاقات التجريبية الثابتة . والرأي الطبيعي الحيوي الذي يتصف بالقوة كرأي « بيتاهايم » السيكودينامي هو نظرية « ريملاند » التي تقول :

أن مايسبب هذا النوع من الاضطرابات وما يسبب الشقاء فيها غير معروف. لقد أثبت التحليل النفسي وطرق العلاج المشابهة في كثير من الدراسات أنها غير ذات جدوى .

وبعض الأطفال الذين اقتربوا من الشفاء – قد أثبتت الطرق الحديثة كالشرطية الإجرائية Operant conditioning أنها أكثر فائدة . وتعد الخبرة المدرسية جوهرية بالنسبة للطفل الذي تظهر عليه علامات الشفاء . كما أن أغلب الأطفال لا يشفون ولو كان هناك أي أمل أمام هؤلاء الأطفال لقامت دراسات وبحوث مستفيضة خاصة وموجهة لهذا الغرض .

وتذكر مؤسسة بحوث سلوك الطفل الأمريكية أن أسباب الاضطرابات السلوكية الحادة في

الأطفال تكمن في اضطراب الوظائف الكيميائية للجسم ، وأن أغلب سبل العلاج المفيدة ذات أساس فسيولوجي . وبما أن الإضطرابات تظهر في المجال السلوكي فإن وسائل العلوم السلوكية تعد هامة لعدة أسباب منها التشخيص والعلاج وتقييم مدى تواجد الحالة . وهناك أنواع جديدة من طرق تشكيل السلوك التي وضعها علماء النفس قد أثبتت فعاليتها في تعليم وتوجيه الأطفال المرضى عقلياً .

ثالثاً : الاتجاه السلوكي :

على الرغم من الحاجة لمزيد من الحقائق ورغم وجود ذلك التباين النظري فإن هناك اتفاقا على نقطة هامة :

كلما كانت الذخيرة الاستجابية للطفل الاجترّاري محدودة جداً عند دخوله المدرسة كلما كان الاحتمال كبيراً في أنه سيعتمد تماماً وسيحتاج للإيداع في مؤسسات خاصة . وكما اقترح « ريملاند » فإن طرق الاشتراط الاجرائي قد استخدمت في تقوية الذخيرة الاستجابية للأطفال الاجترّاريين، وهذا الاتجاه هو طريقة تدريب عملية قد تساعد إلى حد كبير على التقليل من إكتساب وعمق السلوك الاجترّاري .

ويؤكد علماء النفس حديثاً على تدريب الوالدين على إدارة وتشكيل سلوك أطفالهم . فيتعلم الآباء ملاحظة السلوك . وتطبيق التعزيزات المختلفة باستمرار عندما يقوم الطفل بالسلوك التوافقي . وفيما يلي نقدم كيف يقوم الآباء بالتطبيق المنظم لبرنامج اشتراط اجرائي لتعزيز السلوك الاجتماعي لطفل في سن الخامسة .

برنامج تشكيل الآباء للسلوك الإجتماعي لولد اجترّاري في الخامسة من العمر :

وصف الحـــالة :

طفل في سن الخامسة ، معامل ذكائه مرتفع بالنسبة للاختبارات غير اللفظية ، لكنه منخفض جداً بالنسبة لفهم اللغة الكلامية ، لا يتكلم من نفسه . يبدي وعياً بسيطاً بالآخرين وعلاقات إجتماعية خفيفة جداً . نادراً ما يحادث الآخرين ، ويكره عادة أي محاولة لجعله يقيم صلة بالآخرين لا يلعب مع الأطفال الآخرين ولكنه يقضي عدة ساعات في لعب فردي . غير متسامح بالمرة مع تدخل أخته في لعبه .

هدف البرنامج :

زيادة التفاعل الاجتماعي عامة ومع أشقاء الطفل خاصة .

البرنامج

التاريخ			الوسائل والنتائج
اليوم	الشهر	السنة	
٦	١	١٩٧٢	بدء عملية التعزيز عند تقليد الطفل لأي نشاط تقوم به أخته (٥ سنوات) . صحيح أن هذا السلوك قليل الحدوث ولكن هذا التأهب الجسمي ضروري . وتتكون الجزاءات من ترك الطفل يلعب منفرداً مع لعبة مفضلة خاصة بعد تعاونه مع أخته .
١٨	١	١٩٧٢	إختيار أنواع النشاط التي يحب الطفل القيام بها منفرداً مثل : المنشار – والمكعبات – واللعب المختلفة التي لا تحتاج في اللعب بها إلا لشخص واحد واشتراك طفلين في اللعبة . وتحت إشراف الأم حيث يقوم أحد الطفلين بوضع قطعة من قطع اللعبة أو ورق الكوتشينة ثم ينتظر ليبدأ الآخر فيضع القطعة الثانية ويتبادلان الوضع هكذا حتى تنتهي المباراة . وتعد الإشارات الجسمية ضرورية في بداية الأمر ليعرف الطفلان أيهما عليه أن يبدأ الحركة – ثم تختفي هذه الإشارات بالتدريج . وتكافأ الأخت بالمديح من الأم وبالسماح لها بالاشتراك في الأنشطة المشتركة مع أخيها وأمها ثم تتخلى الأم بالتدريج عن المشاركة في اللعب .
١٤	٢	١٩٧٢	مكافأة المحاولات التلقائية التي يقوم بها الطفل مقلداً الأنشطة الجسمية المختلفة التي تقوم بها أخته مثل التسلق ، تمشيط الشعر ، تنظيف الحمام وماشابه ذلك بصفة مستمرة . وأي محاولة للإمساك بقطع اللعب الخاصة بالطرف الآخر أو عدم انتظار دوره تعالج بإبعاد اللعبة عن الطفل وإنسحاب

			الأم من الموقف وإبداء عدم الاهتمام به . وقد استحدثت أنواع من اللعب صممت بحيث تعتمد أي حركة يقوم بها أحد الطفلين على الحركة السابقة التي قام بها الطفل الآخر مثل : بناء الأبراج المكونة من طبقات من الطوب المختلف في الشكل والحجم – ويعطي كل من الطفلين أشكالاً من الطوب مختلفة عما لدى الآخر ولا يتم بناء البرج إلا إذا قام كل طفل بدوره في وضع طبقة الطوب التي لا تتوفر إلا لديه . ومثل : دحرجة كرة بين طفلين متقابلين ، لعب الورق ، لعب البلي وفي جميع هذه الألعاب يتوقف دور الفرد على أداء زميله لدوره .
١	٣	١٩٧٣	تقديم ألعاب جديدة مثل : الاكسلوفون (آلة موسيقية) النفخ في القرب الموسيقية وهي من الأمور المحببة للأطفال . وباستخدام الإشارات الجسمية والتلقين والنهي يتعلم الأطفال اللعب معاً بهذه الآلات بصورة متناسقة . كذلك فإن هناك أنواعا بسيطة من ورق اللعب من الضروري على كل لاعب أن ينتظر دوره . ويتعلم الطفل أن ينتظر الأم والأخت ليلعبا قبل أن يلعب هو بأوراقه . وأثناء البناء التدريجي للاستجابة الاجتماعية العامة عن طريق هذا البرنامج يكون وصول الطفل إلى الشيء أو الطعام الذي يريده متوقفا على الاتصال البصري المباشر بالوالدين والكبار .
١٣	٣	١٩٧٣	الاشتراك في عدة أنشطة جماعية . وتكرار مقاطعة اللعب الفردي وترك الطفل ليلعب بالمنشار والقطع الخشبية وتكوين الأشكال بالمكعبات على سبيل المثال مشروط بوجود إتجاه اجتماعي نحو الكبار كالإتصال البصري والتأثر بالكبار وإحداث أصوات مزعجة .

وهناك إتجاهات مشابهة في مجال الكلام والمهارات الذاتية مثل : ارتداء الطفل لملابسه بنفسه وضبط الإخراج .

ومن أنواع التحليلات السلوكية المثيرة للاهتمام ما ذكره « نيكولاس تينبرجين Nikolas Tinbergen » (١٩٧٤) ، فقد لاحظ « تينبرجين » العادات السلوكية mannerisms والسلوك الحركي لكثير من الأطفال العاديين والاجترَاريين ، فلاحظ أنه تحت ظروف معينة ارتد revert الأطفال العاديون إلى نوبات من السلوك الاجترَاري . وكانت هذه النوبات تحدث عندما يجد الطفل العادي نفسه في موقف باعث للصراع بين دافعين متعارضين ، فمن جهة يثير الخوف (ويظهر الميل للإنسحاب جسمياً أو عقلياً) ، ومن جهة أخرى فالموقف يستدعي أيضاً سلوكاً اجتماعياً وغالباً سلوكاً استكشافياً ولكن الخوف يمنع الطفل من المغامرة . ويكثر حدوث ذلك في حالة الخجل أكثر منه في حالة القدرة على التكيف resilience والثقة بالنفس .

ويضيف « تينبرجين » قائلاً أنه من خلال عملية الإبراز التدريجي للميول الإجتماعية فإن الأطفال الاجترَاريين يظهرون تحسناً ملحوظاً . وإذا كان « تينبرجين » على صواب فإن الإجترَار لا يكون سببه تلك العيوب الجسمية الحيوية، ولكن بسبب إنحراف ما في نموهم الاجتماعي . وطبقاً لهذا الرأي – فإن الطفل الاجترَاري من الممكن أن يكون طفلاً عادياً ، ولكنه بسبب ظروف وأحداث عصيبة stressful في بيئته المبكرة ، كحادث مرعب أو شيء قاله الأب أو فعله – يستجيب الطفل بالانسحاب الاجتماعي وبالحركات الشاذة وبالاستجابات الاجترَارية الأخرى . ولو كان ذلك صحيحاً – لكان من الممكن علاج الطفل الاجترَاري بواسطة طرق اشترَاط اجرائي متنوعة .

ويتضح مدى تعقد مشكلة حالات الاطفال الإجترَاريين من الصعوبة التي يواجهها المعالجون والباحثون عند النظر إلى ظاهرتي الإنسحاب الإجتماعي والضعف اللغوي المرتبطتين بالاجترَار كظاهرتين منفصلتين . وهناك حقائق تشير إلى أن التحسن في السلوك الاجتماعي لا يرتبط غالباً بتحسين في المجال اللغوي . ويذكر بعض المؤلفين أن الاضطراب اللغوي هو المشكلة الرئيسية بالنسبة للطفل الإجترَاري، وأن الإضطراب قد يكون عيباً في الفهم أو في الإتصال – وفي كلتا الحالتين هنـــاك حاجة لبحث العلاقة بين الإجترَار وفقدان القدرة على الكلام aphasia وعلى الأخص الأسس البيولوجية للغة .

فصام الطفولة

Childhood Schizophrenia

يستخدم مصطلح « فصام الطفولة » عندما يكون الطفل الذهاني أكبر من سن الخامسة من العمر ، وإذا كان تاريخه يشير إلى أن توافقه في تدهور ، وإذا كان سلوكه يتشابه مع السلوك الفصامي للكبار . ومع ذلك فالتمييز بين إجترار الطفولة وفصام الطفولة مازال أمراً صعباً . ففي أحدث الدراسات وصف ٣١ ٪ من فصام الطفولة على أنه سلوك نكوصي regession على درجة عالية من التوافق السابق ، ١٨ ٪ كشفت عن فشل في تحقيق معدلات النمو الملائم في مرحلة سابقة ، ٥٠ ٪ من الحالات بدت متخلفة خلال الشهور الأولى من الحياة . ووجد في دراسة أخرى أن ٨٠ ٪ من الحالات لم يكن نموها عادياً بالمرة ، بينما ظهر أن الباقي قد مر بعامين أو ثلاثة من النمو العادي .

وقد شخصت أغلب حالات فصام الطفولة فيما بين سن ٨ وسن المراهقة . ووصف بعض المتحدثين فصام الطفولة على أنه تخلف في النمو يصيب كل جوانب النضج .

ومن بين الخصائص البارزة لفصام الطفولة :

- النمو اللغوي غير الملائم .
- الكلام الغريب .
- العجز عن التعامل مع المواقف الجديدة .
- نقص في توحد الشخصية .
- الاضطرابات الحركية .
- الانعزالية Seclusiveness
- الحركات التكرارية .
- السلبية .
- تبلد الإحساس emotional blunting .

أما الهلوسة والتوهم فليسا شائعين بين الأطفال كما في حالة فصام الكبار . لقد بدأ على الطفل « ريكي » وهو في سن التاسعة من العمر – كثير من أعراض فصام الطفولة ، فكثيراً ما كان يتباعد عن الاتصال بالآخرين، كثيز التخريب غير مستقر. كما كان يعذب الحيوانات الأليفة، ولا يستجيب لأسئلة المعلمين ، ويسلك كما لو كان يسمعهم .

وعندما يضع الطفل حواجز ضد تبادل الكلمات مع الآخرين فإن المعالجين قد يستخدمون الإنتاج الفني والوسائل الأخرى من التعبير لاستنتاج عناصر حياته الداخلية

صحيح أن « ريكي » قد توقف عن الرسم عدة مرات قليلة ولكنه حقق بعض الإنجاز بحيث يبدو بعده مختلفاً وأن العلاج بالرسم قد حقق نتيجة طيبة ، فلم يعد يعذب الحيوانات ولم يعد يبلل فراشه ولم يعد يسلك باندفاع أو يقوم بتدمير المنزل. ورغم أنه مازال يعادي بعض الأولاد الآخرين الذين يلعب معهم فإن هناك تحسناً ملحوظاً في سلوكه الاجتماعي .

لقد زودتنا طرق التعلم بنتائج مشجعة في معالجة الأطفال الفصاميين . فقد عومل الأطفال في بعض الدراسات في ضوء القصور الإستجابي المميز لهم . وتبدأ الطريقة بأي استجابات كثيرة التكرار في حصيلة استجابات الطفل وخاصة تلك الاستجابات غير اللفظية . وإذا كان الأمر كذلك وجب أن نعزز الطفل لينتبه ويستجيب للعب بدمي وأشياء مختارة مثل الأكسلوفون . وقد يطلب إليه حينئذ أن يلعب بهذه اللعب بطريقة معينة أوأن يميز بعض خصائصها . ومن الأعمال التي تتطلب من الطفل الانتباه إلى حركات جسمية معينة لأحد الكبار بحيث يقلدها ويقدر التعزيز – في صورة طعام – على استجابات التقليد . وتحتاج طرق التعلم إلى تحليل مفصل للأنماط الاستجابية التي يجب اكتسابها حتى يمكن للطفل أن يتعلم كيف يتغلب على كل عقبة تقابله . كأن يتعلم الطفل أن ينتبه بعناية إلى حركات الفم التي يؤديها المعالج لكي يلاحظ نطق كلمات وأصوات معينة . وبعد أن يقوي الانتباه عن طريق التعزيز – فإنه يستخدم في تقوية استجابات لفظية معينة .

حالة أخرى لبنت في التاسعة من العمر – كانت تبدو عليها حالة « صداء echolalia » أي ترديد مرضي لاإرادي للألفاظ الصادرة من الآخرين ، والحركات الجسمية المضحكة grotesque التي تملأ أغلب يومها . وقد أجريت تجربة لتعليمها كيف ترسم . ففي بداية البرنامج شجعت البنت على أن تسير بالطباشير على الخطوط الرصاصية التي وضعها المجرب . وقد اتبعت طريقة تعزيز الخطوات التدريجية في تشكيل هذا النوع من سلوك التقليد غير اللفظي . والبرنامج التدريبي لم يساعد الطفلة في مجال الرسم فقط ولكن أدى إلى زيادة النشاط الإنتاجي خلال اللعب الحر أيضاً .

إن طرق تشكيل السلوك تعد مثار جدل كثير – لكن الطريقة التي اتبعت مع الطفلة السابقة تتضمن استخدام الألم أو عقابا آخر . وعند استخدام أسلوب العقاب فمن المرغوب فيه تزويد الحالة ببديل . وعلى سبيل المثال – قد تستخدم الصدمات الكهربائية لقمع استجابة معينة (مثل : حك الجلد المتكرر بالأظافر) ، ولكن الطريقة الأكثر فعالية يجب أن تشجع الطفل أيضاً على البديل وهو الاستجابة المعززة (لعب لعبة معينة) . ورغم أن فكرة الصدمة أو حتى إيـذاء الطفل أمر مزعج – فإن التقارير تشير إلى أنه طريقة فعالة في تحسين السلوك الاجتماعي .

وكمثال على الطريقة السيكودينامية في حالة فصام الطفولة هو برنامج التصحيح الاجتماعي الذي يطبق في مركز بحوث الطفولة في نيويورك . فبناء على الملاحظات المأخوذة من العلاج النفسي الفردي فإن البرنامج يهدف إلى تحسين قدرة الأطفال الفصاميين على إدراك وتفسير الخبرات الداخلية والخارجية . حيث يقضي المقيمون بالمركز فترة نهاية الأسبوع مع أسرهم وباقي الأسبوع في المركز . فيتم تكوينهم جسمياً إلى درجة كبيرة من خلال البرنامج . فيستيقظ الأطفال الذين في سن ٥ – ١١ ويأكلون ويذهبون إلى المدرسة ويتمتعون بفترات من اللعب ، ويأخذون حماماتهم ويذهبون إلى النوم في مواعيد منتظمة كل يوم . وإلى جانب ذلك يحدد وقت للجلسات العلاجية مع المعالجين النفسيين . كما يستقبلون الزوار ويقومون بزيارات منزلية .

وأهم أعمال هيئة المركز هو الإشارة إلى الحقائق أمام كل طفل وتنشيطه للبحث عن القبول الاجتماعي ويتركز الاهتمام على المساعدات الخاصة بالتدريب والمدرسين والممرضات للقيام بهذه الأعمال . ويتضمن برنامج العلاج اجتماعات بين المعالج النفسي للطفل وباقي أعضاء الهيئة الآخرين حيث تم المحاولة لكي يشترك الجميع في دراسة الخبرات اليومية للطفل . ويحدث عدم تحسن للبعض من الأطفال بينما يتحسن آخرون بطريقة مدهشة .

وهناك خطوات مشجعة بالنسبة لتعليم الأطفال الذهانيين في المواقف غير العادية . والفكرة وراء ذلك الاتجاه هي أن نحتفظ بالطفل في المنزل مع مساعدة من مراكز للعلاج النهاري وعلى سبيل المثال : تقبل مدرسة « ليجو League » للأطفال ذوي الاضطرابات الخطيرة في « بروكلين » التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين ٣ – ١٤ من العمر . وهم عادة متخلفون دراسياً إلى درجة غير عادية – فأحد التلاميذ في سن العاشرة لا يمكنه أن يقرأ أو يكتب ولكنه يعرف أسماء أكثر من ٢٠٠ من محلات الحلاقة في بروكلين ، تلميذ آخر عمره ٩ سنوات يمكنه فهم الفيزياء والجبر ولكنه لا يمكنه معرفة الوقت . وقد يحملق الأطفال في الفصل في الفراغ أغلب الوقت – وتنقصهم القدرة على التحكم في حركاتهم أو في ثورات غضبهم .

وتتراوح أنشطة المدرسين من تعليم التلاميذ الأكل أو الغسيل – إلى التعليم الأكاديمي الرسمي .

والأهداف الأساسية للمدرس هي الحصول على ثقة الطفل وإيجاد صلة بينهما . وفي الحقيقة فإن الافتراض الأساسي لهذه المدرسة هو أن الطفل الإجتراري أو الفصامي هو طفل مضطرب وقلق وأنه يحتاج للحب والاستقرار وإلى بيئة تتصف بالاستقرار. ورغم أن معدلات النجاح من الناحية الاحصائية غير متوفرة ــ فقد ذكر أن هذا النوع من الخبرة المدرسية تساعد بعض الأطفال الذين لم يلتحقوا بالمدارس التقليدية والذين يرسلون إلى مؤسسات في النهاية .

وهناك كثير من البحوث التي اهتمت أساساً بالتوحد والوضوح بالنسبة لبعض الأسئلة الخاصة بذهان الطفولة وبمدى التقدم الحادث . وتتضمن هذه الأسئلة ما يلي :

١ — هل أجترار الطفولة وفصام الطفولة اضطرابات متمايزة ؟

٢ — هل فصام الطفولة يعد أعراضاً مبكرة لفصام الكبار ؟

٣ — ما هي العلاقة بين التخلف العقلي وذهان الطفولة ؟

٤ — إلى أي درجة يرجع ذهان الطفولة إلى العيوب الجسمية أو الخلل الوظيفي ؟

فمما يلاحظ أن أغلبية الأطفال الذهانيين مصابون بنقص حاد في النمو الإدراكي والعقلي والإجتماعي . وأن هناك بعض التشابه بين ذهان الطفولة والكبار في صورة الخصائص العائلية. وفي الجسم النامي يفترض أن العوامل العضوية ذات تأثير كبير على ذهان الطفولة وأن كثيراً من هذه الاضطرابات تنتج من الفشل في تحقيق انسجام مستقر بين الأنظمة المعرفية والإدراكية. وتذكر « لوريتا بندر Lauretta Bender » (١٩٧٣) أن كلاً من فصام الطفولة واجترار الطفولة هما استجابات لضغوط وراثية في الأطفال . وتفترض أن الضغوط ذات أساس عضوي وتحدث في الرحم في وقت الميلاد ــ أو في فترة مبكرة من المهد وقد ذكرت أيضاً أنه من الممكن حدوث درجة بسيطة من التوافق في حالة ثلث الحالات التي تدرس . ولكن متى وكيف تتفاعل العوامل العضوية من الخبرات الاجتماعية في أحداث ذهان الطفولة مازال أمراً غير واضح .

الوسواس القهري :

الوساوس هي صور وأفكار متكررة لا إرادية ليس للفرد سيطرة عليها ، أما القهر فهو أفعال

يجد الفرد نفسه مجبراً على القيام بها بصورة متكررة . وتتشابه الوساوس القهرية مع الفوبيا في أن الفرد يعرف أنه لا يوجد أساس للسلوك الذي يقوم به ، ويشعر بأنه لا حيلة له إزاءها .

وقد مر كل منا بدرجات عادية من الوساوس . فأحياناً ما نجد أنفسنا عاجزين عن إخراج نغمة معينة وردت على فكرنا ونجد أنفسنا نصفر أو نهمهم بهـا طوال اليوم . وفي بعض الأحيان نجد أنفسنا مدفوعين لأن نرفع صوتنا عالياً في مكان ما أو نجد أفكارنا متجهة بصورة متزايدة نحـو القيام برحلة أو لقاء صديق وتتسلط علينا الفكرة إلى درجة أننا نترك كل مـا بأيدينا ونقوم لتحقيقها .

إلا أن الشخص الذي يعـاني من وسواس حقيقي يعـاني من تسلط صور أو أفـكار معينـة عليه لدرجـة تسبب له الاضطراب . فأحياناً مايتسلط وسواس الخوف على إمرأة فتخاف من أنها قد تقطع رقبة أطفالها وهي نائمة وقد تخاف فتاة من أنها قد تدفع أمها من أعلى السلم ، أو يخاف الأب من أنه قد يحرق المنزل . والسؤال : هل هناك خطر من أن ينفـذ الشخص هذه الأفعال ؟

والإجابة : أن ذلك لا يحدث إلا نادراً . فهذه الأفكار الوسواسية نادراً ماتجد تعبيراً لها في صورة فعل ولكنها مقلقة إلى حد كبير للمريض وعادة ما تؤدي به إلى البحث عن علاج . وتبدو أعراض الأفكار المتسلطة في الحالة التالية :

مزارع أصيب بأفكار وسواسية بأن يضرب إبنه ذا الثلاثة أعوام من العمر على رأسه بآلة حادة . كان المزارع المريض عاجزاً تماماً عن التعبير عن هذه الأفكار المرعبة . وذكر أنه يحب إبنه جداً ، وقال أنه سيصاب بالجنون لتسلط فكرة قتل إبنه عليه . وقد كشفت الدراسة التحليلية للمريض أن زوجته قد عانت ألماً حاداً أثناء ولادة هذا الطفل ومنذ ذلك الوقت ترفض أي إتصال جنسي بالمريض خوفاً من تكرار الحمل . وزيادة على ذلك فقد أولت كل عنايتها للطفل وأن زواجه الذي كان يتسم بالسعادة قد بددته كثرة الشجار بينهما . (كولمان ١٩٧٦) .

وتتنوع الأفعال القهرية من الحالات المعتدلة مثل لعق الشفاة ومرور الأصابع على ياقة القميص ولعب اليد في شعر الرأس لتمشيطه ، إلى الحالات المتطرفة التي تضعف من قدرة الفرد على أداء الأعمال العادية . فقد يجد الفرد نفسه عاجزاً عن النوم إلا إذا كانت الوسادة موضوعة بطريقة معينة ، وقد يعود لبيته عدة مرات بعد أن يتركه ليتأكد من أن كل مفاتيح البوتاجاز مقفلة وأن كل نوافذ المنزل مغلقة بإحكام ، وقد يقضي عدة ساعات كل ليلة في تنظيم وترتيب ملابسه استعداداً لليوم التالي . وفيما يلي مثال لحالة وسواس قهري لفتى في الرابعة عشرة من عمره .

« بدأت مبالغة الفتى في النظافة في سن الثالثة عشرة حيث لوحظ أنه يغسل يديه عدة مرات خــلال اليوم . بعــد ذلك بدأ يغتسل كل يوم عــدة مرات . وكثيراً ما كان يقضي من ٢ : ٣ ساعات في الحمام . وقد لوحظ في عدة مناسبات أنه يسكب اليود على يديه وعلى وجهه ، وذكر لوالديه أنه خدش نفسه وأراد بذلك أن يحمي نفسه من أي إصابة ميكروبية . وقد اشترى زيادة على اليود مادة الميركوروكروم وبعض المطهرات الأخرى لاستخدامها في حالات الطوارىء . كما استخدم أيضاً حمض البوريك لغسل عينيه كل مساء . ويذكر والداه أنه رفض أن يلعب الألعاب الشائعة مع الأطفال الآخرين لأنه لا يحب أن يلوث يديه . وعندما سئل أن يفسر اهتمامه الزائد بالنظافة أجاب بأنه يعرف أنه يغتسل أكثر من أي طفل آخر ولديه أسباب واقعية لذلك . فهو يعتقد أن جلده مكون من نسيج يستقطب القاذورات والجراثيم ، ولذلك فهو مجبر على غسله وتنظيف نفسه جيداً » .

وفي مثل هذه الحالة لا يجدي إقناع الطفل للإقلاع عن هذا إلا إذا بدأت صراعاته في الحل . تبين من التحليل النفسي أن الطفل يشعر بكثير من الضيق بسبب ذنب يتعلق بنشاطاته السابقة مع الأولاد الآخرين . فقد رآه والداه أثناء ممارسته الجنس وعاقباه . وأخذا يكرران على مسامعه الكثير حول الشرور التي تعود على الفرد من ارتكابه سلوكاً لا أخلاقياً . وفي إحدى المرات وهو في سن التاسعة طلب إليه والداه أن يقسم أمامهما بأنه لن يدخن أو يشرب حتى البيرة . وقالا له أيضاً كيف أن بعض الأمراض المرعبة تنشأ من عملية الاستمناء الذاتي .

واعترف الولد بأنه مارس الاستمناء الذاتي عدة مرات – وكان يشعر بعد كل منها بالخجل الشديد من نفسه . كما اعتقد الفتى أيضاً أنه يعاني ضعفاً في شخصيته وفي إرادته لأنه غير قادر على التوقف عن الاستمناء . ويذكر الفتى أنه يعرف أن الاستمناء عادة قذرة وأن أحداً إذا رآه سيلصق به أوصافاً غير طيبة .

وبعد عدة مقابلات وكثير من النقاش بدأ الفتى يعدل من اتجاهاته الخاصة بالنواحي اللاأخلاقية المتعلقة بسلوكه السابق وبالنتائج الممكنة التي يعتبرها إنتهاكاً للأخلاق . وبدأت تقل حالة الإسراف في النظافة تدريجياً ، وأصبح قادراً على المشاركة في أنشطة اللعب مع الأولاد الآخرين دون الشعور بالتعاسة لكونه سيلوث يديه أو ملابسه . (شيرمان ، ١٩٣٨) .

ويلاحظ أن الشخص الوسواس غير قادر على استيعاب الفكرة من عقله فهو يشعر أنه مجبر على القيام بفعل معين أو سلسلة من الأفعال ثانية وثالثة بصورة متكررة (كما في حالة تكرار غسيل اليدين ، المشي على الشقوق التي في الطريق ، عد أعمدة النور على جانبي الطريق ، المشي على بلاطة وترك أخرى) .

ويذكر بعض علماء النفس أن السلوك القهري يساعد على تحويل انتباه الفرد بعيداً عن الأفكار الوسواسية . وأن المريض بالوسواس القهري يميل في حديثه إلى المبالغة في ذكر التفاصيل الدقيقة ومن بين المظاهر الشائعة لعصاب الوسواس القهري ما يلي :

١ ــ تدخل الأفكار المتسلطة أو الأفعال القهرية إلى وعي الفرد عنوة وبإصرار وتستمر رغماً عنه .

٢ ــ يحدث شعور بالقلق المخيف إذا منعت الفكرة أو الفعل لأي سبب .

٣ ــ ينظر المريض إلى الأفكار الوسواسية أو الأفعال القهرية على أنها ليست جزءاً من تكوينه النفسي وأنها غير مقبولة وغير مرغوبة وصعب التحكم فيها .

٤ ــ يعرف الفرد أن وساوسه وأفعاله القهرية أمر سخيف وغير منطقي .

٥ ــ يشعر الفرد بحاجة إلى مقاومتها .



مراجع الفصل الثاني عشر

— **Achenbach, T. M.** (1974). Developmental psychopathology, New York : Ronald Press.

— **Anthony, E. J. (1967!.** Psychoneurotic disorder. In Sarason Irwin G. (1976) Abnormal psychology : the problem of maladaptive behavior, 2ed Ed., Prentice - Hall, New Jersey.

— **Bender, L.** The life course of children with Schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 1973, 130, 783—86.

— **Bettelheim, B. (1967).** The empty fortress : Infantile autism and the birth of the self. New York : Macmillan.

— **Clancy,H.; Dugdale, A., & Rendle-Short, J.** "The diagnosis of infantile autism". Developmental Medicine and Child Neurology, 1969, 11, 432—42.

— **Gantt, W. H. (1944).** Experimental basis for neurotic behavior. New York : Hoeber Medical Division, Harper & Row.

— **Haley, J., ed. (1973).** Uncommon therapy : The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M. D. New York : Norton.

— **Jones, M.C.** "The elimination of children's fears". Journal of Experimental Psychology, 1924, 7. 382—90.

— **Kadushin, A.** "Reversibility of trauma: Afollowup Stuby stuby of children adopted when older". SocialWork, 1967, 12, 22—33.

— **Kanner, L.** "Autistic disturbances of affective contact." Nervous Child, 1943, 3, 217—50.

— **Kanner, L.,, ed.(1957).** Child psychiatry. Springfield, ILL.: Thomas.

— **Ollendick, T. H., & Gruen, G.E.** "Treatment of a bodily injury phobia with implosive therapy". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972, 38, 389—93.

— **Patterson, G.R., & Brodsky, G. A.** "Behavior modification programme for a child with multiple problem behaviors". Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1966, 7, 277—95.

— **Rimland, B. (1964).** Infantile autism, New York : Appleton-Contury-Crofts.

— ———— . **(1973).** Progress in reseaerch. Autism : Proceedings of the fourth Annual Meeting of the National Society for Autistic Childhren. In Sarason Jrwin G. (1976) Abnormal psychology, **2ed** Ed., Prentice-Hall, New Jersey.

— **Rutter, M.** "Autistic children". Seminars in psychiatry, 1970, 2, 435—49.

— ———— , **(1971).** Psychiatry. In J. Worits, ed., Mental Retardation. Vol. 3. New York : Grune R Stratton,

— **Sarason, Irwin G. (1976).** Abnormal psychology : the problem of maladaptive behavior, **2 ed.** Ed., Prentice-Hall, New Jersey.

— **Tinbergen, N.** "Ethology and stress diseases." Science, 1974, 185, 20—27.

— **Wolpe, J. (1966).** The practice of behavior therapy. New York : Pergamon Press.

محتويات الكتاب

الفصل الثالث

الفصل الرابع

الفصل الخامس

الفصل الثاني عشر

